

## Patient/-in:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnr.                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnr.

## Rechnungsempfänger/-in:

*(sofern abweichend)*

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mail

## Stationäre Basiseinheit:

\_\_\_\_\_

Voraussichtliche Nutzung: Bis zu \_\_\_\_\_ Std./Tag

Floweinstellung in Ruhe: \_\_\_\_\_ l/min

\_\_\_\_\_  
Antragsteller/-in (Nachname, Vorname)

## Reiseziel:

\_\_\_\_\_  
Name Hotel, Reha-Klinik etc.

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Anreise: Datum, Uhrzeit                      Abreise: Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner vor Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mail

## Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

## Applikationsart:

- Sauerstoffbrille                       Maske  
 Tracheoanschluss

## Mobileinheit:

\_\_\_\_\_

→ Bitte mitbringen!

Voraussichtliche Nutzung: Bis zu \_\_\_\_\_ Std./Tag

Floweinstellung bei Aktivität: \_\_\_\_\_ l/min

\_\_\_\_\_  
Datum