

**Gesuch um subsidiäre Kostengutsprache für einen medizinischen Transport oder eine medizinische Dienstleistung vor Ort** gestützt auf § 16a des Sozialhilfegesetzes sowie § 21 der Sozialhilfeverordnung.

<b>Gesuchstellende Institution</b>	
Adresse	
Ansprechperson	
Telefonnummer E-Mail	
<b>Patient/in</b>	
Name	
Vorname	
Geschlecht	weiblich                      männlich
Geburtsdatum	
Optional: Nationalität	
Wohnadresse	
Krankenkasse und/oder allfällige weitere Garanten	Krankenkasse: Krankenkasse nicht eruierbar allfällige weitere Garanten:
<b>Aufgebot / Einsatz / Transport</b>	
Leistungsbeginn (Aufgebot)	Datum:                      Zeit:
Leistungsende	Datum:                      Zeit:
Notwendigkeit	Notfalleinsatz der Kategorie A-C <sup>1)</sup> anderer Einsatzgrund
Einsatzort	
Behandlungsursache gemäss Einsatzprotokoll	Unfall                      Krankheit
Transportziel (Institution mit Adresse)	medizinische Dienstleistung vor Ort ohne anschliessenden Transport
<b>Weiteres / Unterschrift / Beilagen</b>	
Weitere Informationen	
Ort, Datum	
Unterschrift	

<sup>1)</sup> Kategorien gemäss der Verordnung über das Rettungswesen (vom 12. April 2018):  
**A:** Primäreinsatz, dringlich, mit Notarzt / **B:** Primäreinsatz, dringlich / **C:** Primäreinsatz