

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

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

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