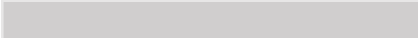


**an**  
**DRK KV Torgau-Oschatz e.V.**  
**Fahrdienst**  
Reithausstraße 2  
04758 Oschatz  
Tel.: 03435 90 20-18  
Fax: 03435 90 20-20

**von**  
Einrichtung  
Ansprechpartner  
Telefonnummer

**Fahrauftrag**

**Daten zum Fahrgast:**

Name:  Vorname: 

gefähig  mit Rollator  mit eigenem Rollstuhl  umsetzbar  
folgende Hilfsmittel soll der Fahrdienst mitbringen  Rollstuhl  Tragestuhl

**Krankentransportschein:**  ja, liegt vor  in Praxis  nein, RG


**Rechnungsadresse**

Name der Krankenkasse: 

Genehmigung der KK  ja  nein, Rechnung

Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein, Rechnung

**Daten der Fahrt:**

Abholort: 

Fahrtziel: 

Datum:  Termin:  Abholung: 

(wird vom Fahrdienst ausgefüllt)

Rückfahrt erforderlich:  ja  nein

zusätzliche Fahrgäste/  
Begleitpersonen?  ja  nein

Barrierefreiheit am Start:  ja  nein am Ziel:  ja  nein

Sonstige Bemerkungen: 

Ort, Datum

Unterschrift Beauftragender

Rückfax oder Mail an: 

Hiermit bestätigen wir, die angemeldete Fahrt, entsprechend durchzuführen.

Oschatz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Fahrdienst \_\_\_\_\_