Assistance Transport Paramédical

FAX : 081 61 72 03

Formulaire de réservation d'un transport

Identification patient - vignette O.A. : Nom : Prénom : Date de naissance : / / Adresse de facturation : Rue + n° : CP + Localité :	**Date du transport :** *Les réservations moins de 24 heures avant le transport se font uniquement par téléphone.* ☐ Aller simple ☐ Aller / Retour ☐ Aller / Retour + accompagnateur
Type de transport : ☐ TPMR / VSL (valides ou chaises roulantes) ☐ Ambulance (patient couché)	Le patient dispose de sa propre chaise roulante : ☐ Non ☐ Oui Le patient nécessite l'administration d'oxygène : ☐ Non ☐ Oui, débit : litre(s)/min
Prise en charge : Type de lieu : Domicile - Résidence - Hôpital - Centre Médical - Autre : Nom du lieu et/ou adresse :	
Destination : Type de lieu : Domicile - Résidence - Hôpital - Centre Médical - Autre : Nom du lieu et/ou adresse :	
Détails du transport : Urgences - Imagerie - Hospitalisation - Hospit de jour - Consultation - Transfert - Autre : Heure du rendez-vous : H Médecin / Service : *La prise en charge s'effectue toujours entre 30 et 45 minutes avant l'heure du rendez-vous.*	
Informations complémentaires :	**Nom et signature du demandeur :**
Réservé AT Paramédical : ☐ ACK	☐ ATP ☐ Site ☐ E-mail ☐ Tel

Siège social
Chaussée de Wavre 35
B-5030 Gembloux
BE 0555 663 015

Contacts
Dispatching : 0472 06 89 72
info@atparamedical.be
www.atparamedical.be