

Integrierte Leitstelle Passau
Am Fernsehturm 6
94032 Passau

FAX: 0851 – 98850 150

Absender:

Name:

Funktion:

Rückrufnummer:

Datum / Uhrzeit:

Krankenhaus:

<input type="checkbox"/>	Interne Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	Interne Normalstation
<input type="checkbox"/>	Chirurgische Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	Chirurgische Normalstation
<input type="checkbox"/>	Intensivstation	<input type="checkbox"/>	Intensivstation Beatmungsplätze
<input type="checkbox"/>	Röntgen	<input type="checkbox"/>	CT
<input type="checkbox"/>	Stroke Unit	<input type="checkbox"/>	Sonstige:

Bemerkungen / Ergänzungen:

**Diese Abmeldung ist voraussichtlich gültig bis _____ Uhr,
längstens bis zum Folgetag 08:00 Uhr.**

Unterschrift

Nur durch die ILS Passau auszufüllen:

Eintrag durch ILS:	Erfasst in ELDIS:	Unterschrift SL:	Bemerkung:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	