

Behandelnder Arzt

Herr/Frau _____ möchte am _____ mit dem

Wüschewagen des ASB eine Wunschfahrt nach _____unternehmen.

Der ASB-Wüschewagen ist ein speziell für diesen Zweck angeschafftes und bereitgehaltenes Sonderfahrzeug des Arbeiter-Samariter-Bundes für den Bereich Allgäu und Schwaben.

Das Fahrzeug besitzt einen besonderen Federungskomfort und die medizinische Ausstattung eines Krankenwagens nach der DIN-Norm. Für erforderliche medizinische Spezialgeräte (Atemunterstützung, kontinuierliche Infusion oder Ähnliches) sind spezielle Halterungen vorhanden. Die Fahrt ist liegend, sitzend oder auch im Wechsel möglich.

Neben einem besonders geschulten Fahrer, wird die Fahrt von einer ebenfalls extra geschulten und nach dem speziellen Bedarf des Fahrgastes ausgewählten Fachkraft begleitet.

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Bestätigung der Transportfähigkeit für den Wüschewagen

Hiermit bescheinige ich als

- ☐ Behandelnder Arzt/Ärztin
- ☐ Der/die Patient/in leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass durch diese die Lebenserwartung deutlich begrenzt ist.

dass es aus medizinischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt keine Einwände gegen die Teilnahme an dieser Fahrt gibt und die Transportfähigkeit grundsätzlich gegeben ist.

☐ Ich habe keine weiteren Anmerkungen.

Ich empfehle _____

☐ Fachkraft vom Wüschewagen darf Bedarfsmedikation und Regelmedikation verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel