

Integrierte Leitstelle Amberg
Gasfabrikstraße 19
92224 Amberg
Tel : 09621 4932-40
Fax: 09621 4932-49 oder 4932-8045
E-Mail: schichtfuehrer@ils-amberg.de

Absender:

Name

Funktion

Rückrufnummer

 die Klinik / das Krankenhaus _____**meldet folgende Station / Abteilung** **vorübergehend ab** **an** **Intensiv** _____ **(Stationsbezeichnung)** **Notaufnahme** **Schockraum** **Stroke Unit** **Tempis** **CT** **MRT** **Herzkatheter** _____**Ausfallzeitraum ab _____, _____ Uhr****Abmeldung:** Die Abmeldung ist bis **max. 08:00 Uhr des Folgetages** gültig.

Bei längerer Abmeldung ist die Abmeldung am Folgetag zu wiederholen.

Bemerkung / Ergänzung:_____
Unterschrift