

----- FAX ----- FAX ----- FAX ----- FAX ----- FAX ----- FAX -----

Absender : ILS LANDSHUT

Fax : 0871/123456789

Termin :

----- MITTEILER -----

Name: Testauftrag: Testauftrag

----- EINSATZORT -----

Straße : Teststraße Haus-Nr.: 0

Ort : 84028 Landshut [West] - Landshut Landshut

Objekt : 2.1.1 LA-S Testauftrag ILS Landshut

EPN :

Station :

----- ZIELORT -----

Straße : Haus-Nr.:

Ort :

Objekt :

Station :

----- PATIENT -----

----- EINSATZGRUND -----

Schlagw.: Testauftrag

Prio. 3

{1 = Notfall / 2 = dringend / 3 = nicht zeitkritisch)

----- EINSATZKOORDINATE-----

Rechtswert: 4510508,73854317

Hochwert: 5378145,67844015

----- BEMERKUNG -----

Testauftrag: Testauftrag

----- DISPOLISTE -----

Name : FL Musterstadt 42/1

Name : FL Musterstadt 43/1

Name : FL Musterstadt 44/1

Name : FL Musterstadt 47/1

Name : FL Musterstadt 21/1

☐☐