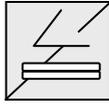




Notfall-Telefax für hör- und sprachgeschädigte Menschen – Bitte ausfüllen!



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

Name, Vorname: _____ Eigene Fax-Nr: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Straße: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



Arzt



Kinderarzt

Praxisdienste:



HNO-Arzt



Hautarzt



Augenarzt

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

Ich kann eine Arztpraxis aufsuchen

Ich benötige einen Hausbesuch

Vielen Dank!

Unterschrift: _____

Bitte zurückfaxen!-----Bitte zurückfaxen!-----Bitte zurückfaxen!-----Bitte zurückfaxen!

Das Notfall-Telefax ist eingegangen

_____ **ist auf dem Weg zu Ihnen.**

Oder:

Suchen Sie bitte folgende Praxis auf: _____

Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: _____