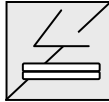




## Notfall-Telefax für hör- und sprachgeschädigte Menschen – Bitte ausfüllen!



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:** \_\_\_\_\_