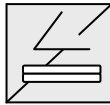


**Notfall-Telefax für hör- und sprachgeschädigte Menschen –**  
**Bitte ausfüllen!**



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



HNO-Arzt



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: \_\_\_\_\_