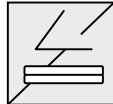




Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

Wer soll helfen?

Was ist geschehen?



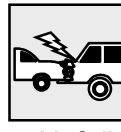
Feuerwehr



Feuer



Notlage



Unfall



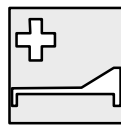
Rettungsdienst



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



Polizei



Einbruch



Überfall



Schlägerei

Ich bitte um Auskunft über den Wochenendbereitschaftsdienst von:



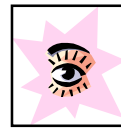
Arzt



Zahnarzt



HNO-Arzt



Augenarzt



Apothek im Bereich der Stadt/Gemeinde _____

Anschrift: _____

Faxnummer: _____ Telefon: _____

Faxnummer Ärztlicher Notdienst (kein Notfall !): 0800-58 95 210

Vielen Dank!

Unterschrift: _____

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

Das Notfall-Telefax ist eingegangen und _____

Ist auf dem Weg zu Ihnen. Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: _____