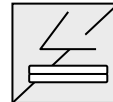


Ärztlicher Bereitschaftsdienst (nachts/am Wochenende/an Feiertagen) Faxformular für hör- und sprachbehinderte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen Kostenfreie Faxnummer: 0800 – 58 95 210

Angaben zu meiner Person



Ich kann nicht hören.



Ich kann nicht sprechen.

Name: Vorname:

Straße/Nummer:

Vorderhaus Hinterhaus Stockwerk ___

PLZ/Ort: Meine Faxnummer:



Ich brauche einen Arzt. Ich habe keine lebensbedrohlichen Beschwerden.

Art der Beschwerden (z. B. hohes Fieber, Bauchschmerzen, Erbrechen):

.....
.....

Bitte ankreuzen (nur 1 Kreuz!)

Ich kann / Wir können selbst zur Arztpraxis kommen. Bitte die Adresse des ärztlichen Bereitschaftsdienstes faxen.

Ich kann / Wir können nicht zur Arztpraxis kommen. Der Arzt muss hier einen Hausbesuch machen.
(Achtung! Es kann dauern, bis der Arzt kommt.)

**Bei Lebensgefahr (z. B. starke Atemnot, Herzschmerzen, schwerer Unfall, Vergiftung):
Fordern Sie bitte sofort den Rettungsdienst unter den üblichen Nummern an.**

Datum: Meine Unterschrift:

----- Empfangsbestätigung (vom Bearbeiter auszufüllen) -----

Ihr Fax ist eingegangen
am (Datum), um (Uhrzeit):

Unterschrift des Bearbeiters: