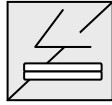


1 1 2 / 1 1 0



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

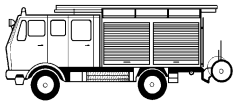
Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

Wer soll helfen?



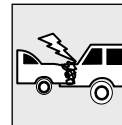
Feuerwehr



Feuer



Notlage



Unfall



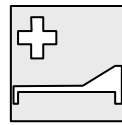
Rettungsdienst



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



Polizei



Einbruch



Überfall



Schlägerei

Was ist geschehen? Art der Verletzung/Erkrankung?

Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



Ärztlicher Notdienst



Zahnarzt



Augenarzt

Hinweis:

Anfragen zu Bereitschaftsdiensten außerhalb der Dienstzeiten niedergelassener Ärzte und Apotheken nur über die Feuerwehr.



Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde _____

Anschrift: _____

Faxnummer: _____ Telefon: _____

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: _____