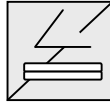


1 1 2 / 1 1 0



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

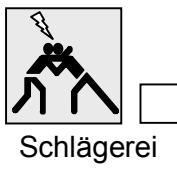
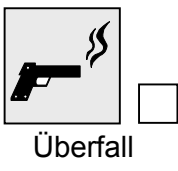
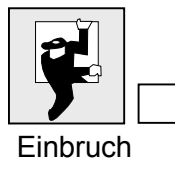
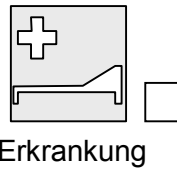
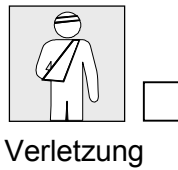
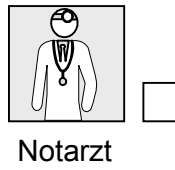
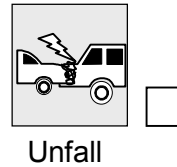
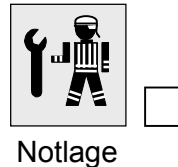
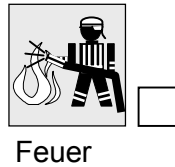
Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

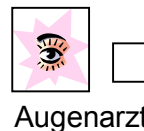
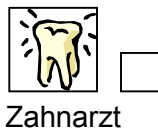
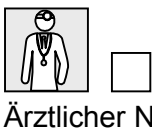
Ort: _____

Wer soll helfen?



Was ist geschehen? Art der Verletzung/Erkrankung?

Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



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: _____