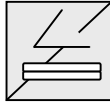


1 1 2 / 1 1 0



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?



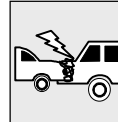
☐ **Feuerwehr**



Feuer ☐



Notlage ☐



Unfall ☐



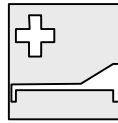
☐ **Rettungsdienst**



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 ☐



Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde _____

Anschrift: _____

Faxnummer: _____ Telefon: _____

Hinweis:

Anfragen zu Bereitschafts-
diensten außerhalb der
Dienstzeiten niedergelassener
Ärzte und Apotheken nur über
die Feuerwehr

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: _____