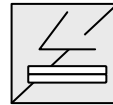


**Ärztlicher Bereitschaftsdienst**  
**Faxformular für hör- und sprachbehinderte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen**  
**Faxnummer: 040 – 22 802 400**

**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: .....