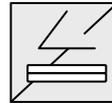


Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Faxformular für hör- und sprachbehinderte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen
Faxnummer: 040 – 22 802 400

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: