

## Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Faxformular für hör- und sprachbehinderte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen

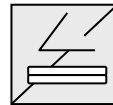
**Faxnummer: 040 – 22 802 475 (7.00 - 24.00 Uhr)**

**040 – 669 554 59 (0.00 - 7.00 Uhr)**

### 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: .....