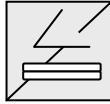




Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

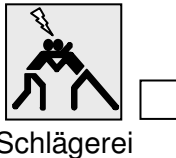
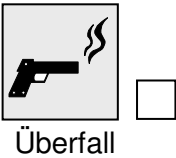
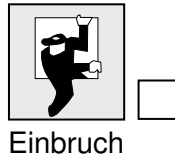
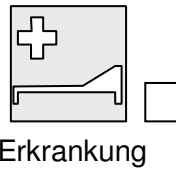
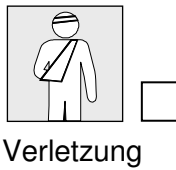
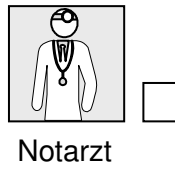
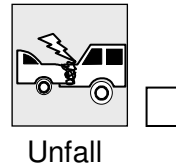
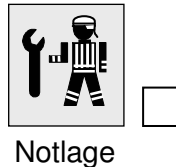
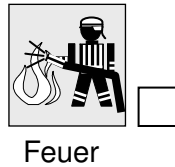
Wohin soll Hilfe kommen?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Strasse / Haus-Nr.: _____

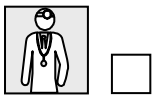
Etage: _____ Ort: _____

Wer soll helfen?

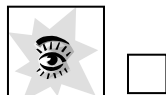


**Was ist geschehen?
Art der Verletzung/Erkrankung?**

Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:



Ärztlicher Notdienst



Augenarzt



Chirurg / Orthopäde



Apotheke



Zahnarzt

im Bereich der Stadt / Gemeinde:

Wird von der Rettungsleitstelle ausgefüllt:

Notdienst: _____

Anschrift: _____

Ort: _____

Telefax: _____

Telefon: _____

Erreichbar ab _____ Uhr.

Vielen Dank!

Unterschrift: _____

--- Rückantwort Polizei / Feuerwehr / Rettungsdienst --- Rückantwort Polizei / Feuerwehr / Rettungsdienst ---

Das Notfall-Telefax ist um _____ Uhr eingegangen und _____

ist auf dem Weg zu Ihnen. Name / Unterschrift des Bearbeiters: _____