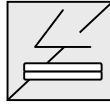


## 112 / 110



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



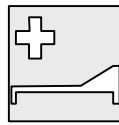
Rettungsdienst



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

### Hinweis:

Anfragen zu Bereitschaftsdiensten außerhalb der Dienstzeiten niedergelassener Ärzte und Apotheken nur über die Feuerwehr



Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_