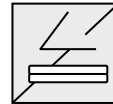


## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (nachts/am Wochenende/an Feiertagen) Faxformular für hör- und sprachbehinderte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen Kostenfreie Faxnummer: 0800 – 58 95 210

### 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: .....