



















Notfall-Telefax

 Ich kann nicht hören <input type="checkbox"/>	 Ich kann nicht sprechen <input type="checkbox"/>	 Ich bin behindert <input type="checkbox"/>
Wer faxt? Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____		
Wohin soll Hilfe kommen? Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____ Ort: _____		

Wer soll helfen?	Was ist geschehen?
<input type="checkbox"/>  Feuerwehr	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/>  Feuer	
<input type="checkbox"/>  Notlage	
<input type="checkbox"/>  Rettungsdienst	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/>  Notararzt	
<input type="checkbox"/>  Verletzung	
<input type="checkbox"/>  Polizei	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/>  Einbruch	
<input type="checkbox"/>  Überfall	
	<input type="checkbox"/>  Schlägerei

Ich bitte um Auskunft über den Wochenendbereitschaftsdienst von:

<input type="checkbox"/>  Arzt	<input type="checkbox"/>  Zahnarzt	<input type="checkbox"/>  HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>  Augenarzt
--	--	---	---

 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 Disponenten: _____
--	--