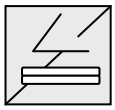
KV Nordrhein Notdienst und
Bürgerberatungs GmbH

Arztrufzentrale
Telefax 0203 5706 444

Notfall-Telefax für hör- und sprachgeschädigte Menschen – Bitte ausfüllen!

Ich kann nicht hören ☐


Ich kann nicht sprechen ☐

Ich bin behindert ☐

Wer faxt?

Name, Vorname:_____ Eigene Fax-Nr:_____

Wohin soll Hilfe kommen?

Straße:_____ Hausnummer:_____ Etage:_____

Ort:_____

☐ **Ich bitte um Auskunft über den Bereitschaftsdienst von:**

Arzt ☐

HNO-Arzt ☐

Augenarzt ☐

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

_____

_____

_____

Ich kann eine Arztpraxis aufsuchen ☐

Ich benötige einen Hausbesuch ☐

Vielen Dank!
Unterschrift:_____

Bitte zurückfaxen!----------Bitte zurückfaxen!----------Bitte zurückfaxen!----------Bitte zurückfaxen!

Das Notfall-Telefax ist eingegangen

_____ ***ist auf dem Weg zu Ihnen.***

Oder:

Suchen Sie bitte folgende Praxis auf: _____

_____

Unterschrift des aufnehmenden Disponenten:_____

--- Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Schwerhörigenbund e.V. ---