




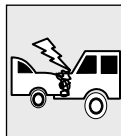



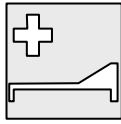




# NOTFALL-FAX

## Wohin soll Hilfe kommen?






Name: \_\_\_\_\_ Eigene Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

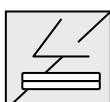
Wer soll helfen?			Was ist geschehen?		
<input type="checkbox"/>  <b>Feuerwehr</b>	<input type="checkbox"/>  Feuer	<input type="checkbox"/>  Notlage	<input type="checkbox"/>  Unfall	_____	
<input type="checkbox"/>  <b>Rettungsdienst</b>	<input type="checkbox"/>  Notarzt	<input type="checkbox"/>  Verletzung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

**Brauchen sie Auskunft über den Notdienst / Wochenendbereitschaftsdienst von:**

<input type="checkbox"/>  Arzt	<input type="checkbox"/>  Zahnarzt	<input type="checkbox"/>  HNO-Arzt	<input type="checkbox"/>  Augenarzt
<input type="checkbox"/> 	Apotheke im Bereich der Stadt/Gemeinde _____		
<input type="checkbox"/> _____	<b>Anschrift:</b> _____		
Faxnummer: _____	Telefon: _____		



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

>>>>>> Bitte zurückfaxen! Bitte zurückfaxen! Bitte zurückfaxen! Bitte zurückfaxen! <<<<<<<

**112**

**oder**

**0228 66 46 49**