

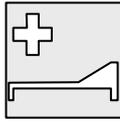
NOTFALL-FAX

Wohin soll Hilfe kommen?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort: _____

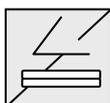
Wer soll helfen?			Was ist geschehen?		
<input type="checkbox"/>  Feuerwehr	<input type="checkbox"/>  Feuer	<input type="checkbox"/>  Notlage	<input type="checkbox"/>  Unfall	_____	
<input type="checkbox"/>  Rettungsdienst	<input type="checkbox"/>  Notarzt	<input type="checkbox"/>  Verletzung	<input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