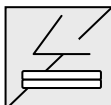




Notfall-Fax an 0681 -7539610



Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

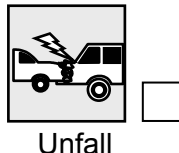
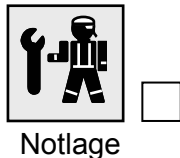
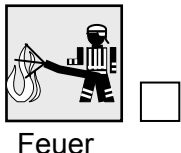
Wohin soll Hilfe kommen?

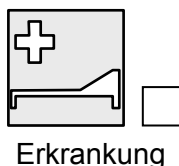
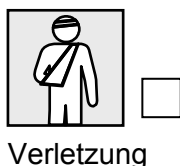
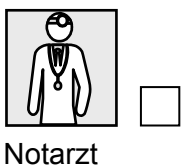
Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

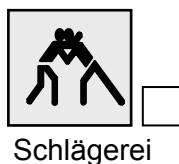
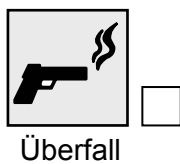
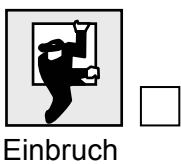
Ort: _____

Wer soll helfen?

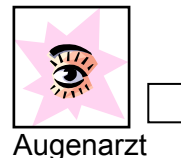
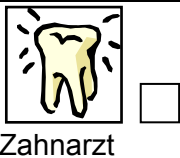
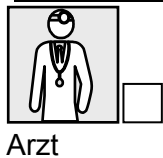
Was ist geschehen?







Ich bitte um Auskunft über den Wochenendbereitschaftsdienst von:



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: _____