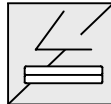




Ich kann nicht hören



Ich kann nicht sprechen



Ich bin behindert

Wer faxt?

Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

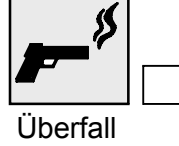
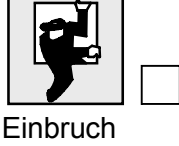
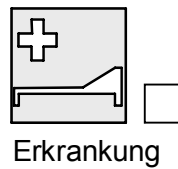
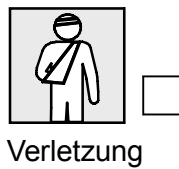
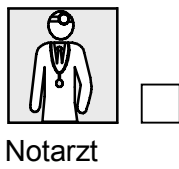
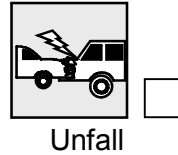
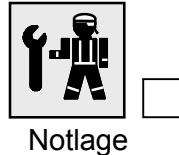
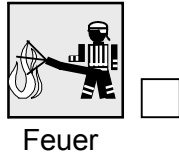
Wohin soll Hilfe kommen?

Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

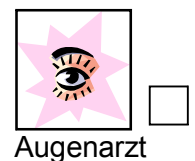
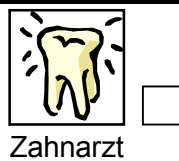
Ort: _____

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: _____