

Ich kann nicht hören

Ich kann nicht sprechen

## Wer faxt ?

Name: \_\_\_\_\_ Eigene Faxnummer: \_\_\_\_\_

## Wo befinden Sie sich ?

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_

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

Welche Unterstützung / Hilfe benötigen Sie ?  Allgemeinarzt  Facharzt

## Art der Beschwerden ?

Grippebeschwerden

Herzbeschwerden

Atembeschwerden

Fieber: \_\_\_\_\_°C

Verletzung

Vergiftungserscheinungen

### Augen

Schmerzen akut

Fremdkörper

\_\_\_\_\_

### Kinder

Fieber / Grippe

Verletzung

\_\_\_\_\_

Weitere Angaben (z.B. Beschwerdedauer, bekannte Erkrankungen, Vormedikamente etc.)

**Bitte senden Sie das Fax an folgende kostenfreie Telefaxnummer: 0800 - 5191212**

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des Absenders

Geöffnete Bereitschaftspraxen finden Sie auch im Internet:

[www.bereitschaftsdienst-bayern.de](http://www.bereitschaftsdienst-bayern.de) oder [www.116117.de](http://www.116117.de)

### Empfangsbestätigung der Vermittlungszentrale

Ihr Fax ist bei uns eingegangen.

Bitte kommen Sie in folgende Praxis: \_\_\_\_\_

Der Arzt kommt zum Hausbesuch an die oben angegebene Adresse.

**Datenschutzhinweis:** Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).