



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

**116 117**

**DIE NUMMER, DIE HILFT!  
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche  
Bereitschaftsdienst  
der Kassenärztlichen  
Vereinigungen

## Faxformular für hör- und sprachgeschädigte Menschen

**Faxnummer: 0800 - 58 95 210**

**Ich möchte den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen und bitte um Auskunft über einen diensthabenden Arzt:**

Ich kann eine Arztpraxis aufsuchen.

Ich benötige einen Hausbesuch.

Sonstige Informationen:

**Sollten Sie in einer lebensbedrohlichen Situation sein, (Symptome eines Herzinfarkts o. ä.), kreuzen Sie bitte hier an.**

Angaben zu meiner Person:

Name:

Vorname:

Straße/Nummer:

Vorderhaus       Hinterhaus       Stockwerk \_\_\_

PLZ/Ort:

Faxnummer:

Meine Unterschrift: \_\_\_\_\_

----- Bitte zurückfaxen -----

Ihr Fax ist eingegangen  
am (Datum), um (Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Unterschrift des Bearbeiters: \_\_\_\_\_