



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN



## Ärztlicher Bereitschaftsdienst (außerhalb der Praxissprechzeiten\*)

Faxformular für hör- und sprachbeeinträchtigte Menschen für nicht lebensgefährliche Situationen

\*Mo, Di, Do 19-7 Uhr/ Mi, Fr 14-7 Uhr/ am Wochenende/ an Feiertagen

**Faxnummer: 069 – 29917705**

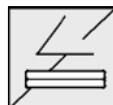
**E-Mail: barrierefrei-patientenservice@kvhessen.de**

(alternativ kann das Formular auch direkt an angegebene Mailadresse gesendet werden)

Angaben zu meiner Person



Ich kann nicht hören.



Ich kann nicht sprechen.

Name: ..... Vorname ..... Geb. Datum: .....

Straße / Hausnummer ..... Geschlecht: .....

PLZ.: ..... Ort: ..... Besonderheiten zur Adresse: .....

E-Mailadresse ..... Faxnummer: .....

Kontaktdaten einer Person, mit der wir uns jetzt in Verbindung setzen können:

.....



**Ich benötige einen Arzt. Ich habe keine lebensbedrohlichen Beschwerden.**

Art der Beschwerden (z. B. hohes Fieber, Bauchschmerzen, Erbrechen):

.....

.....

.....

Bitte ankreuzen (nur 1 Kreuz)

Ich kann / wir sind mobil und können selbst kommen, bitte nennen sie mir die nächstgelegene Praxis.

Ich / wir können nicht zur Arztpraxis kommen. Der Arzt muss zu uns kommen.

(Achtung! Es kann dauern, bis der Arzt zu Ihnen nach Hause kommt)

**Bei Lebensgefahr (z. B. starke Atemnot, Herzschmerzen, schwerer Unfall / Verletzung, Vergiftung):  
Ist sofort der Rettungsdienst unter der Rufnummer 112 anzufordern.**

Sie erhalten in Kürze eine E-Mail mit dem Stand der Bearbeitung Ihres Anliegens, sollten Sie keine Emailadresse hinterlegt haben, senden wir Ihnen ein Fax zu.