



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

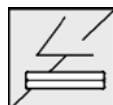
E-Mail: barrierefrei-patientenservice@kvhessen.de

(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.