

# Ärztlicher Bereitschaftsdienst Hessen

ÄBD FAX 069/ 19292



**Anrufer ist gehörlos oder sprachbehindert!**

## Sie brauchen Hilfe oder ärztlichen Rat?

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es zurück!

### Wer faxt:

Name:

Vorname:

Alter:

Eigene Rufnummer / Faxnummer:

### Adresse:

Strasse:

Hausnummer:

Stockwerk:

Ort:

Ggf. zusätzliche Informationen:

Wer ist Ihr Hausarzt?

## Welche Beschwerden haben Sie? Wie können wir helfen?

### Schmerzen:

Wo haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

stark     mittel     schwach     anhaltend     kolikartig

### Atembeschwerden:

Husten     Atemnot     Asthma (bekannt)     Schmerz beim Atmen

### Fieber?

Ja!     Nein!    Temperatur: \_\_\_\_\_

**Ich nehme die folgenden Medikamente regelmäßig ein:**

**Ich habe folgende chronische Krankheiten:**