

NOTRUF-FAX der VAMED Klinik Bad Berleburg



Persönliche Angaben (bitte sofort ausfüllen):

☐ gehörlos/ertaubt ☐ schwerhörig ☐ stumm

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Haus-Nr.

Ort und Stadtteil

Fax-Nr. mit Vorwahl

E-Mail-Adresse

Im Notfall informieren Sie (z.B. Verwandte):

☐ gehörlos ☐ hörend

Name

Vorname

Telefon-Nr. mit Vorwahl

Fax-Nr. mit Vorwahl

Straße und Haus-Nr.

Ort und Stadtteil

Schildern Sie bitte Ihre Beschwerden:

VAMED Klinik Bad Berleburg
An der Gontardslust 7
57319 Bad Berleburg

T +49 2751 802-0
F +49 2751 802-2081
info.badberleburg@vamed-gesundheit.de