

Notfall-Meldung



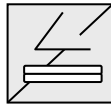
Stadt Cottbus/Chósebuz
Katastrophenschutz
KatS-Leuchtturm



KatS-Leuchtturm – Standort: _____ Lfd. Nr.: **N** - _____



Patient kann nicht hören



Patient kann nicht sprechen



Patient ist behindert

Wer meldet?

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Patientendaten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

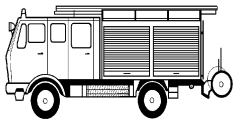
Wohin soll Hilfe kommen?

Straße: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____

Ort (Ortsteil): _____

Wer soll helfen?

Was ist geschehen?



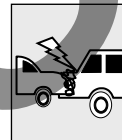
Feuerwehr



Feuer



Notlage



Unfall



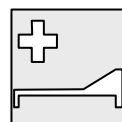
Rettungsdienst



Notarzt



Verletzung



Erkrankung



Polizei



Einbruch



Überfall



Schlägerei

Datum: _____ Uhrzeit: _____ : _____

Unterschrift Aufnehmender der Notfallmeldung: _____

- DRUCKSCHRIFT -