

Anmeldung zur Covid 19 – Impfung in unserer Praxis

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Hatten Sie bereits eine bestätigte Covid 19 – Infektion?

Nein: _____ Ja, wann?: _____

Hatten Sie bereits eine Impfung gegen Covid 19?

Nein: _____ Ja, wann?: _____

Besteht bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen

- COPD / Mukoviszidose
- Leberzirrhose/ chronische Lebererkrankung
- Chronische Nierenerkrankung
- Adipositas (BMI über 40)
- Diabetes mellitus (HbA1c > 7,5)
- Schwere Demenz
- Zustand nach einer Organtransplantation
- Schwere Psychiatrische Erkrankung
- Sonstiges

Besteht bei Ihnen eine berufliche Indikation?

Befinden Sie sich im engen Kontakt zu

Pflegebedürftigen Personen die nicht in einer Einrichtung leben

- Die älter als 70 Jahre sind
- An o.g. Vorerkrankungen leiden
- Schwangeren

- AstraZeneca JA / NEIN

Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllt in unserer Praxis wieder abgeben. Vielen Dank!

Sobald wir laut der gültigen Priorisierungsreihenfolge einen Impfstoff für Sie haben, melden wir uns telefonisch.