

Anmeldung zur

1. Covid 19 – Impfung in unserer Praxis

- Impfung mit johnson & johnson Impfstoff möglich?

Ja oder Nein, bitte ankreuzen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Wurden Sie zuvor schon einmal in unserer Praxis behandelt?

Nein _____ Ja _____

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 berufliche Indikation?

Haben sie Kontakt zu Schwangeren? Ja / Nein

Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllt in unserer Praxis wieder abgeben. Vielen Dank! Sobald wir einen Impfstoff für Sie haben, melden wir uns telefonisch.