

Anmeldung: COVID-19-Impfung

Ich möchte mich impfen lassen.

Ich bin Patient/in dieser Praxis. *

Ich bin über 60 Jahre alt.

Bitte Präferenz zum Impfstofftyp/-hersteller angeben ▼

Ich bin Kontaktperson einer Schwangeren.

Ich bin Kontaktperson einer zu pflegenden Person.

□

Ja, ich werde zum Impftermin folg. notwendigen Formblätter ausgefüllt mitbringen:

1. „Aufklärungsmerkblatt“
2. „Einwilligungserklärung“ für "mRNA-Impfstoffe" oder "Vektor-Impfstoffe"
3. Ggf. "Bescheinigung zur Impfberechtigung als Kontaktperson".
4. Impfausweis und Versichertenkarte

Zustimmung *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – gemäß der Datenschutzerklärung – zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

* Pflichtfelder

Absenden

Aufklärungsbogen: mRNA-Impfstoff (BioNTech/Pfizer Und Moderna)

Impfeinverständnis: mRNA-Impfstoff (BioNTech/Pfizer Und Moderna)

Aufklärungsbogen: Vektor-Impfstoff (AstraZeneca und Johnson & Johnson)

Impfeinverständnis: Vektor-Impfstoff (AstraZeneca und Johnson & Johnson)

RKI: Tagesaktuelle Informationen der Robert-Koch-Instituts finden Sie hier.