

Anmeldeformular Coronaimpfung

Hausarztpraxis Sörup,

Rückgabe in Briefkasten, per Post, eMail, Fax, persönlich

Stand 6.7.2021

.....
Name, Vorname,

.....
Geburtsdatum

.....
Alter in Jahren

.....
Telefon

.....
wann am besten erreichbar (Zeitangabe)

Ich wünsche eine Impfung mit (bitte ankreuzen, mehrfachkreuze möglich):

Biontech (mRNA-Impfstoff, 2. Impfung nach 5 Wochen)
Zulassung ab 12 LJ
STIKO-Empfehlung ab 18. LJ oder ab 12. LJ unter besonderen Bedingungen

Astra Zeneca (Vector-Impfstoff, 2. Impfung nach 5-12 Wochen)
Zulassung ab 18. LJ, von STIKO nicht mehr primär empfohlen

Covid19-Impfstoff Janssen (Johnsen & Johnsen),
1 Impfung ausreichend
Zulassung ab 18. LJ, von STIKO nicht mehr primär empfohlen

ich hatte meine Erstimpfung mit AstraZeneca am und wünsche
nun entsprechend der aktuellen STIKO-Empfehlung eine Zweitimpfung
mit Biontech (in der Regel nach 5 Wochen)

Möglichkeit kurzfristig (innerhalb einer Stunde) nachzurücken/ einzuspringen
Raum für persönliche Anmerkung:

ich möchte gerne aufgrund meiner Berufstätigkeit möglichst spät geimpft werden
(Donnerstag Nachmittag)

.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift