

### Anmeldung zur CoVid Impfung

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Telefon:	Handy:	Dienstl.:
Grund der Impfung		
Alter:		
Erkrankungen (bitte listen Sie hier Ihre Erkrankungen auf, die Sie für eine Impfung berechtigen):		
Berufliche Gründe (bitte legen Sie ggf. eine Arbeitgeberbescheinigung bei):		
pflegebedürftige Angehörige (bitte weisen Sie den Pflegegrad nach):		
andere Gründe:		
bevorzugter Impfstoff:	AstraZeneca	
	Johnson & Johnson	
	BioNTech/Pfizer	
	egal	
Auffrischung, bisheriger Impfstoff:		
Datum:	Unterschrift:	

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Die Anmeldung zur Impfung garantiert Ihnen keine Impfung.
- Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter [www.haus-arzt-praxis.org/aktuelles/](http://www.haus-arzt-praxis.org/aktuelles/)