

Covid 19-Impfung

Name _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Grund der Impfung (bitte ankreuzen)

Beruf welcher? _____

Alter ab 60 Jahre

Berechtigungsschein

Schwere Erkrankung welche? _____

Pflege von Angehörigen Name: _____

Sonstige welcher? _____

Von der Praxis auszufüllen

Impftermine _____

Impfstoff _____

Ich bin über Risiken und Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt worden,
hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und bin mit der Impfung einverstanden.

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt