

Anmeldung Impfwarteliste gegen SARS-CoV2 (Coronaimpfung)

Ihre Angaben:

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aktuelle Telefonnummer: _____

Falls bereits Corona-Impfung erhalten:

Impfstoff: _____

Datum der letzten Impfung: _____

Dauermedikation / Hausmedikation / regelmäßig eingenommene Medikamente:

Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja, auf welche Stoffe?

Haben Sie schonmal allergisch auf Impfungen reagiert?

Ja Nein

Hatten Sie jemals einen Allergieschock (Anaphylaxie)?

Ja Nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die Impfung ein. Offene Fragen werden im Arztgespräch vor der Impfung geklärt.

Datum / Unterschrift