



# HAUSÄRZTE OBERE STADT

## Anmeldung für die Impfung gegen Sars-Cov2/Covid 19

Name und Vorname

Geb. Datum

Straße, Hausnummer und Ort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail

Priorisierung (falls bekannt) :

ja

nein

Stufe:

Beruf/ Ehrenamt:

Ich wünsche die Aufnahme in die „Impfliste“ Ihrer Praxis und möchte bei Verfügbarkeit der genannten Impfung kontaktiert werden. Grundsätzlich bin ich mit einem der vorhandenen und zugelassenen Impfstoffe gegen Covid19 einverstanden. Welcher Impfstoff mir angeboten wird, wird von der Praxis bei Terminangebot mitgeteilt. Eine Nichtannahme des Impfangebotes ist möglich. Vor der Impfung erhalte ich eine impfstoffbezogene individuelle Impfaufklärung im Rahmen der Terminvergabe oder mit Hilfe der auf der Homepage hinterlegten und von mir ausgedruckten Aufklärungsbögen.

Mir ist bewusst, dass die Ablehnung eines bestimmten Impfstoffes die Verzögerung meiner Impfung trotz grundsätzlicher Priorisierung bedeuten kann, da ich dann bei ausschließlicher Verfügbarkeit dieses Impfstoffes momentan nicht bei der Terminvergabe berücksichtigt werden kann.

Ich möchte nicht mit folgenden Impfstoffen geimpft werden ( bitte nur ausfüllen, wenn zutreffend):

Datum / Unterschrift