

Anmeldung Corona-Impfung in der Arztpraxis Dr. Hamann

Name	Vorname

Geburtsdatum

Ich bin mit jedem, für mein Alter zugelassenen Impfstoff einverstanden

Ich schließe folgende Impfstoffe aus

und bin mir bewusst, dass sich die Wartezeit auf die Impfung dadurch erhöhen kann.

JOHNSON & JOHNSON

ASTRA ZENECA neu: Vaxzevira

Bevorzugter Kontakt	
<input type="checkbox"/> Handy	<input type="checkbox"/> E-Mail

Allergien:

Thrombose/ Embolie ja

In der Familie ja

Zum jetzigen Zeitpunkt ist der Lieferumfang noch gering. Sollten Sie zwischenzeitlich die Impfungen im Impfzentrum erhalten haben, bitten wir Sie um kurze Information.

Sie erhalten schnellstmöglich einen Termin.

Wir bitten Sie aus Kapazitätsgründen von Zwischenanfragen abzusehen.

Ihr Praxisteam Dr. Hamann

Vermerke der Arztpraxis

Eingang	Impftermin	Einbestellt am