

Anmeldung für die Corona Impfung



Datum:

1. Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum:

2. Wie alt sind Sie?
3. Ihre Telefonnummer unter der wir Sie erreichen können:

4. Wenn es geht, möchte ich zusammen mit meiner Ehefrau / meinem Ehemann geimpft werden
Name/ Vorname, Geburtsdatum, Alter des Partners:

5. Wer ist Ihr betreuender Arzt bei uns in der Praxis:
 Frau Dr. M. Clemens Herr P. Dietz Frau A. Weberleng
6. Wenn sie 60 sind oder älter, mit welchem Impfstoff wären Sie bereit sich zu impfen:
 Nur Biontech/Pfizer(mRNA) **Astra Zeneca (Vektor Impfstoff)** **beides**
7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS, Marcumar, Eliquis etc?):
 Ja **Nein**
8. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:
 Gerinnungsstörung wie z.B. Faktor V-Leiden-Mutation, Prothrombin, Protein C/S,
 vermehrte Blutungsneigung = Hämophilie
 allergische Reaktionen auf Heparin, andere Impfungen oder anaphylaktische Reaktionen
7. Haben Sie selber schon eine Thrombose im Gehirn (Sinusvenenthrombose) oder in den Beinen gehabt? **Ja** **Nein**
8. Sind sie eine enge Kontaktperson/ Bezugsperson
 einer Schwangeren? (bitte Mutterpass mitbringen)
 einer Person, die über 70 Jahre alt und pflegebedürftig ist?
 einer Person, die aktuell Chemotherapie od. immunsuppressive Medikamente bekommt?

=====
Vom Arzt auszufüllen:

Priorisierung Gruppe 2 Gruppe 3 Keine

Besonderes:

Impftermin: