

Abgabedatum	Uhrzeit	Kürzel

## Registrierung für die Schutzimpfung gegen Covid-19

Bitte **vollständig** ausgefüllt zu den Praxisöffnungszeiten im MVZ Lindenfels abgeben

### Angaben zur impfberechtigten Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer (tagsüber zur Terminvergabe erreichbar)	
Ich möchte vor der Impfung ein ärztliches Aufklärungsgespräch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anmeldung zur Erstimpfung

Anmeldung zur Auffrischimpfung (bitte nachfolgende Felder ausfüllen)

1. Impfung war am \_\_\_\_\_ mit welchem Impfstoff \_\_\_\_\_

2. Impfung war am \_\_\_\_\_ mit welchem Impfstoff \_\_\_\_\_

Oder

Genesen am: \_\_\_\_\_

*Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Terminvergabe nach Warteliste entsprechend dem Eingang der Registrierungsformulare erfolgt. Die Praxis meldet sich telefonisch zur Terminvergabe etwa eine Woche vor dem Impftermin. Eine zwischenzeitliche Nachfrage erhöht nicht die Chancen auf einen Impftermin.*

*Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Wahl des Impfstoffs nicht möglich ist. Sollte ein angebotener Impftermin wegen Ablehnung des Impfstoffs abgesagt werden, entfällt der Platz auf der Warteliste.*

**Bitte informieren Sie uns, wenn Sie anderweitig einen Impftermin erhalten haben, oder kein Interesse mehr an der Impfung haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Impfberechtigte/r oder gesetzl. Vertreter/in

Ich kann kurzfristig, innerhalb von 10 Minuten im MVZ Lindenfels sein.