Impfung gegen das Coronavirus

_____
Nachname, Vorname der zu impfenden Person

_____
Geburtsdatum

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie folgende Punkte:

Ein zum Impfstoff passender Aufklärungsbogen wurde Ihnen zur Verfügung gestellt und Sie hatten ausreichend Gelegenheit diesen zu lesen.

Sie haben mit einem Arzt über offene Fragen zur Impfung gesprochen bzw. Sie haben diese Möglichkeit auf eigenen Wunsch nicht wahrgenommen, weil Sie z.B. keine offenen Fragen mehr hatten.

Ihnen sind keine Allergien, insbesondere gegen Impfungen bekannt, die in der Vergangenheit Atemnot und/ oder eine intensivmedizinische Behandlung zur Folge hatten. Auch die letzten Impfungen gegen Covid 19 hatten keine starken Nebenwirkungen zur Folge.

Bei Ihnen besteht Ihres Wissens keine Schwangerschaft.

Sie sind in den letzten 14 Tagen nicht geimpft worden.

Sie haben keinen akuten Infekt mit Fieber.

Ihre letzte Covidimpfung und/oder wissentliche Covid19-Erkrankung liegen mindestens 12 Monate zurück.

Bemerkungen:

Sie sind einverstanden mit einem für Sie zugelassenen Impfstoff gegen SARS-CoV 19 („Coronavirus“) geimpft zu werden.

_____
Datum, Unterschrift

Hausärzte am Gantercenter

Grüppenbührener Str. 7
27777 Ganderkesee

Tel: 04222 / 3760
Fax: 04222 / 6797
www.praxis-ganderkesee.de
info@praxis-ganderkesee.de

Dr. Daniela Albrecht [1 CHR]
Dr. Jörg Albrecht [1 CHNR]
Udo Baramsky [1 COPR]
Anja Bohne-Kaebler [2 P]
Carsten Meyer [1 R]

1 – Praxispartner
2 – angestellt

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Chirotherapie [C]
Homöopathie [H]
Naturheilverfahren [N]
Palliativmedizin [P]
Notfallmedizin [R]
Zusatzqualifikation: ärztliche Osteopathie D.O. DAAO [O]

Gelbfieber-Impfstelle

Akademische Lehrpraxis

European Medical School Oldenburg

Terminsprechstunde
Unsere Anmeldung ist zu folgenden Zeiten besetzt:
Mo - Fr 7:30 – 12:00 Uhr

Mo, Di & Do 14:30 – 18.00 Uhr
Fr 12:45 – 14:30 Uhr

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank (APO-Bank)

IBAN: **DE64 3006 0601 0007 7833 53**

BIC: DAAED EDD

curanexX
Ärztenetz Partnerpraxis