

Wartenummer

Vorname :

Nachname :

Laufzettel: Impfung

Geburtsdatum :

COVID19/SARSCoV-2

Adresse :

Bitte halten Sie die Reihenfolge der Stationen ein und geben den Laufzettel
am Ende beim Praxispersonal ab

1. Anmeldung

Zeitpunkt Aufnahme

Temperatur (°C)

Allergiepass

Ja Nein

Impfpass

Ja Nein

COVID-19 Vorerkrankung
wenn ja, Datum

Ja Nein

PCR vorgelegt

2. Impfaufklärung

Zeitpunkt Aufklärung

Impfinformation

Ja Nein

Impfbescheinigung

Ja Nein

Indikation Alter Pflegeheim Medizin. Beruf Unklar

Kontraindikation

Name des Arztes

3. Impfung

Zeitpunkt Impfung

Injektionsort

li. Arm re. Arm unbestimmt

Chargennummer

Impfpasseintrag

Ja Nein

Impfstoffname

Hersteller

Hinweis

4. Nachbeobachtung

5. Abmeldung

Zeitpunkt Abmeldung

Folgetermin

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kommentar