

## HAUSARZTPRAXIS

Dr. med. U. Carus-Ritzenhoff Dr. med. Wilhelm Bräutigam Schützenstr. 29 35039 Marburg Tel: 06421 67024

### ANMELDUNG zur Covid 19 Impfung in unserer Praxis pfcovidan 20211127

Wir impfen nicht nur in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen, sondern auch in Abhängigkeit von zahlreichen anderen Faktoren.

Name: ..... Vorname: ..... Datum:.....  
Geburtsdatum: ..... Alter: ..... TelefonNr: .....

Bitte füllen Sie alle Felder aus, kreuzen Sie Zutreffendes an und geben Sie diesen vollständig ausgefüllten Zettel in der Praxis ab.

- Ich melde mich hiermit zur Impfung mit einem mRNA Impfstoff an.
- Ich bin bislang 1 x Covid geimpft nämlich am: .....  
**oder**
- Ich bin bislang 2 x Covid geimpft nämlich zuletzt am: .....
- Ich habe die Aufklärungsmerkblätter zum mRNA Impfstoff und die EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Impfung zur Kenntnis genommen (Internetseite der Praxis [www.hausarzt-marburg.de](http://www.hausarzt-marburg.de) oder über Suchmaschine Dr. Bräutigam Marburg oder Dr. Carus Marburg oder Internetseite des Robert Koch Institutes).
- Ich hatte zu keinem Zeitpunkt einen positiven PCR Test für Covid 19.  
**oder**
- Ich hatte (zuletzt) am: ..... einen positiven PCR Test für Covid 19.

sehr wichtig: Bitte sagen Sie den Termin rechtzeitig ab, wenn Sie nicht kommen können!

Nach der Überprüfung informieren wir Sie telefonisch innerhalb der nächsten Wochen über den Impftermin. Bitte verzichten Sie darauf, nochmals wegen der Impftermine nachzufragen, wir melden uns bei Ihnen unter der von Ihnen auf diesem Zettel aufgeschriebenen Telefonnummer. Medizinische Fragen zur Impfung beantworten wir Ihnen, wenn wir Sie wegen der Termine anrufen.

Bringen Sie zur Impfung mit:  
Versichertenkarte. Einwilligungserklärung. ggf. Impfausweis