

Anmeldung zur Corona-Schutzimpfung in der Hausarztpraxis

Hiermit melde ich mich für eine Corona-Schutzimpfung **in meiner Hausarztpraxis** an und bin einverstanden, dass die Praxis mich für einen konkreten Impftermin kontaktiert, sobald ein Impfstoff zur Verfügung steht.

Mir ist bewusst, dass ich bei einer Corona-Schutzimpfung in der Hausarztpraxis **keinen rechtlichen Anspruch** auf einen bestimmten Impfstoff habe. Es können alle in Deutschland zugelassenen und somit geprüften Impfstoffe für die Impfung in Frage kommen.

Ich möchte geimpft werden, sobald als möglich.
(Impfstoffentscheidung liegt bei impfenden Arzt)

Ich möchte geimpft werden und über den Impfstoff selbst entscheiden:
(Möglicherweise mit längerer Wartezeit verbunden)

COVID-19 Vaccine Vaxzevria (ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca) von **AstraZeneca** (Vektorimpfstoff)

COVID-19 Vaccine Janssen® von **Johnson & Johnson** (Vektorimpfstoff)

COVID-19 Vaccine Comirnaty® von **BioNTech/Pfizer** (mRNA-Impfstoff)

COVID-19 Vaccine Moderna® von **Moderna** (mRNA-Impfstoff)

Mir ist auch hier bewusst, dass es sich um einen Wunsch handelt – die letzte Entscheidung liegt bei meinem impfenden Arzt, der die Entscheidung nach aktuellen evidenz-basierten Leitlinien (STIKO) trifft.

Die Praxis verarbeitet meine Daten ggf. auch elektronisch zur Organisation der Impfung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (möglichst Mobiltelefon): _____

E-Mail-Adresse (falls vorhanden): _____

Unterschrift Patient/in: _____

Aufklärungsunterlagen finden sie vorab unter:

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Aufklaerungsbogen-Tab.html>

Wird von der Praxis ausgefüllt:

Warteliste Platz*