

## 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\*