

Bestätigung vor der Zweitimpfung gegen Covid19 / Corona

Name:

1. Hiermit bestätige ich, dass ich schon eine Erstimpfung gegen Corona bekommen habe.
2. Es gab, außer ggf. den typischen kurzzeitigen Impfreaktionen, keinerlei Komplikationen.
3. Ich bin zur Erstimpfung ausreichend informiert worden und es haben sich keine neuen Fragen ergeben. Ich verzichte ausdrücklich auf eine erneute Aufklärung.
4. Ich bin zur Zeit nicht erkältet.
5. Ich habe in den letzten 2 Wochen keine andere Impfung bekommen.
6. Ich bin nicht schwanger.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift Praxismitarbeiter/in