

Hausarztpraxis
Ralph Löbach
Hauptstrasse 269
51503 Rösrath

VORANMELDUNG ZUR COVID-IMPfung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Ich wünsche grundsätzlich in der Hausarztpraxis Löbach gegen COVID-19 geimpft zu werden und bitte hierzu auf die praxisinterne Warteliste aufgenommen zu werden.

Mir ist bekannt, dass bis auf weiteres die vorgegebenen Priorisierungsregeln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Terminvergabe zugrunde gelegt werden und nach medizinischen/ärztlichem Ermessen anzuwenden sind. Meine individuelle Terminvergabe erfolgt nach Rückruf durch die Praxis.

Mir ist weiterhin bekannt, dass die Praxis keinerlei Einfluss auf die Verfügbarkeit von Impfstoffen hat, weder was die Menge, noch die zur Verfügung gestellten Vakzine betrifft.

Ich bin grundsätzlich mit der Impfung mit folgenden Impfstoffen einverstanden/nicht einverstanden:

Impfstoff von BioNTech/Pfizer einverstanden () nicht einverstanden ()

Impfstoff von Astra/Zeneca einverstanden () nicht einverstanden ()

Alle zur Impfung notwendigen Dokumente wie Anamnese-, Aufklärungs- und Einverständnissbogen werde ich von der Homepage herunterladen und zum vereinbarten Impftermin vollständig ausgefüllt mitbringen.