

## Ich möchte mich in der Praxis gegen COVID 19 impfen lassen.

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Telefonnummer (am besten auch Mobilfunk)

---

Email Adresse

---

Besondere Gründe für eine Impfung (Beruf/Pflegetätigkeit)

Wir informieren Sie telefonisch über Ihren Impftermin. Falls Sie zwischenzeitlich einen Termin im Impfzentrum bekommen haben, bitten wir um kurze Rückmeldung.

### Bitte ankreuzen:

- Ich kann auch spontan (innerhalb weniger Stunden) in die Praxis kommen, falls kurzfristig Termine frei werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Wichtige Dokumente zu Ihrer Impfung finden Sie auf unserer Homepage:

[www.frauenarztpraxis-bad-koenigshofen.de](http://www.frauenarztpraxis-bad-koenigshofen.de)