

Dienststelle Gesundheit und Sport

Anmeldung zur Impfung auf Bestellung

Bitte in Blockbuchstaben schreiben, mit der Anmeldung helfen Sie uns Ihre Daten schneller und mit weniger Fehler zu erfassen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Für jede Impfwillige Person ein Formular.

1 Angaben zum Verein, Betrieb, etc.

Organisation

PLZ/Ort

Kontakt Person

Tel. Nr.

2 Angaben zur impfwilligen Person (gemäss amtlichem Dokument)

Name:

Vorname/n:

Geburtsdatum:

Krankenkassen:

Vers.Nr. (wenn bekannt)

3 Wohnadresse

Strasse / Nr:

PLZ/ Ort:

Mobile:

E-Mail:

4 Gesundheitsfragen:

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Chronische Krankheit(en)

(Bluthochdruck, etc.), Schwere Immunsuppression,

Relevante schwerwiegende frühere Impfreaktion,

Ja Nein

→ Falls sie die Frage mit JA beantworten, bitten wir Sie sich in einem

stationären/ temporären Impfzentrum, in einer Apotheke oder beim Hausarzt

impfen zu lassen damit eine Meidzinalperson die Risiken mit Ihnen zusammen

abklären kann

Die Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Sie lassen sich freiwillig Impfen

Ja Nein

Ort / Datum:

Unterschrift Impfwillige Person: