

MEINE CHECKLISTE

Name, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	Telefon	<input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht

ANMELDUNG

Datum	Uhrzeit
<input type="checkbox"/> Datenschutz- und Einwilligungsbogen	<input type="checkbox"/> Anamnesebogen
<input type="checkbox"/> Aufklärungsmerkblatt RKI ausgehändigt	<input type="checkbox"/> Impfpass vorhanden
<input type="checkbox"/> Aufklärung abgelehnt	<input type="checkbox"/> Impfpass ausgehändigt
Name Assistenz	Unterschrift Assistenz

ARZT

<input type="checkbox"/> Aufklärung erfolgt	<input type="checkbox"/> Aufklärung abgelehnt	<input type="checkbox"/> 1. Impfung	<input type="checkbox"/> 2. Impfung	<input type="checkbox"/> 3. Impfung / Booster
Besonderheiten Aufklärung	Folgetermin	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> in _____ Wochen		
Bemerkungen				
Name Arzt	Unterschrift Arzt			

IMPfung

Comirnaty Charge	Zeitpunkt der Impfung
Spikevax Charge	Zeitpunkt der Impfung
Applikationsort/Lokalisation	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

ÜBERWACHUNG

Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende
Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende _____	
Name des Überwachenden	Unterschrift des Überwachenden