

ANMELDUNG COVID-19-IMPfung: AMBULANTE PATIENTEN

Belegarzt/-ärztin

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Patientenangaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse, Nr.: _____ Geschlecht: m w
PLZ/Ort: _____ Nationalität: _____
Telefon Privat/Mobile: _____ Telefon Geschäft: _____
Sozial-Versicherungs-Nr.: _____ E-Mail: _____

Versicherung P HP Allgemein

Grundversicherung: _____
Versicherungs-Nr.: _____
Versicherungskarten-Nr.: _____

Anmeldung für Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna)

1. Impfung der Grundimmunisierung _____
2. Impfung der Grundimmunisierung _____
3. Impfung der Grundimmunisierung (für Personen [mit schwerer Immundefizienz](#)) _____
Booster-Impfung _____
Weitere Booster-Impfung für Personen >80 Jahre _____
Weitere off-Label Indikation (zB. für Ferien) _____

Bisherige Covid-19-Impfungen:

Impfstoff: Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna)

Datum: 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____

Nebendiagnosen:

Allergien: _____ keine

Verordnungen

Das Impfdatenblatt wurde der Patientin/dem Patienten abgegeben: Ja Nein

Bei Impfung ausserhalb der Zulassung BAG/EFIK:
Ist eine Aufklärung des Patienten bezüglich der off-label Anwendung erfolgt? Ja Nein

Besonderes:

Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin: _____