



**Hausarzt Schulstraße 25**

<b>Dr. W. Marx</b> Facharzt für Innere Medizin/ Hausärztlich	<b>K. Krumbiegel</b> Facharzt für Allgemeinmedizin Geriatrische Grundversorgung Diabetol. Grundversorgung Reise- und Gesundheitsberatung Ergänzungsmittel	<b>M. A. Lieberei</b> Facharzt für Innere Medizin/ Hausärztlich Geriatrische Grundversorgung Diabetol. Grundversorgung Reise- und Gesundheitsberatung Notfallmedizin	<b>E. Kotova</b> Fachärztin für Allgemeinmedizin
---	--	--	--

Schulstraße 25 - 25335 Elmshorn - kontakt@hausarztelmshorn.de - www.hausarztelmshorn.de  
Tel. 0 41 21 / 2 133 2 - Fax 0 41 21 / 2 139 0 - Rezepttelefon 0 41 21 - 266 10 45



## Anmelde- und Informationsbogen

-bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen-

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ mein Hausarzt: \_\_\_\_\_

bisherige Corona-Impfungen: bitte den Impfstoff und das Datum der Impfung hier eintragen:

1. Impfung Datum:	2. Impfung Datum:	3. Impfung Datum:
Impfstoff:	Impfstoff:	Impfstoff:

relevante Vorerkrankungen / Allergien:

- keine
- \_\_\_\_\_

relevante Medikamente, insbesondere Blutverdünner, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, ASS®, oder auch Immunsuppressiva wie z.B. Azafalk®, Azaimun®, Colinsan®, Imurek®, Zytrim®

- \_\_\_\_\_

**Kreuzen Sie bitte an:**

<input type="checkbox"/>	Meine ersten Corona-Impfungen habe ich ohne nennenswerten Nebenwirkungen vertragen.
<input type="checkbox"/>	Ich habe bisher keine Corona-Infektion durchgemacht.
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich am heutigen Tage gesund und bin mit der Booster- Impfung des mRNA-Impfstoffes Comirnaty der Firma Biontech oder SpikeVax der Firma Moderna einverstanden.
<input type="checkbox"/>	Eine Schwangerschaft besteht nicht
<input type="checkbox"/>	Ich habe meinen Impfpass o. Ersatzbescheinigung dabei
<input type="checkbox"/>	Ich habe meine Versichertenkarte, ersatzweise den Personalausweis (bei Privatpat.) dabei
<input type="checkbox"/>	Ich habe am heutigen Tage einen Schnelltest gemacht, welcher negativ ist ( <b>freiwillig</b> )

Einwilligung:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Von der Praxis auszufüllen:	Chargenkleber:	
<b>BT    0,25M    0,5M</b>	Datum:	MFA: