



## Hausarzt Schulstraße 50

**K. Krumbiegel**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Geriatrische Grundversorgung  
Diabetes, Grundversorgung  
Reisenmed. Grundversorgung  
Ernährungsmedizin

**M. A. Lieberei**

Facharzt für Innere Medizin  
Hausärztin  
Geriatrische Grundversorgung  
Diabetes, Grundversorgung  
Reisenmed. Grundversorgung  
Reisenmed.

**E. Kotova**

Fachärztin für  
Allgemeinmedizin

Schulstraße 46-50 - 25335 Elmshorn - kontakt@hausarztelmshorn.de - www.hausarztelmshorn.de  
Tel. 0 41 21 / 2 133 2 - Fax 0 41 21 / 2 133 0 - Rezepttelefon 0 41 21 - 266 98 46

### 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	2. Impfung Datum:	3. Impfung Datum:	4. Impfung Datum:
Impfstoff:	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®, MTX

- \_\_\_\_\_

**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. Wenn ja, wann: _____
<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 stille derzeit nicht.
<input type="checkbox"/>	Ich habe meinen Impfpass oder Ersatzbescheinigung dabei
<input type="checkbox"/>	Ich habe meine Versichertenkarte, ersatzweise den Personalausweis (bei Privatpat.) dabei

Einwilligung:

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

Von der Praxis auszufüllen:

Chargenkleber:

Datum:

MFA: