

**Erfassungsbogen für Impfberechtigte in Pflegeeinrichtungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Einrichtung:** | *Name der Einrichtung eintragen* |
| **Adresse:** | *Straße eintragen* | **Nr:** | *Nr. eintragen* |
| **PLZ:** | *Postleitzahl eintragen*  |
| **Stadt/Gemeinde/Ortsteil:** | *Stadt oder Gemeinde mit Ortsteil eintragen* |
| **Landkreis:** | *Bei kreisfreier Stadt bitte nur „X“ eintragen* |

Gibt es ein aktuelles Coronageschehen in Ihrer Einrichtung: [ ]  Ja [ ]  Nein

Zu impfende Personen (Bewohnerinnen/Bewohner) Anzahl eintragen

* davon Aufklärungsbogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon Anamnesebogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon Einwilligungsbogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon ärztliche Einschätzung zur Impftauglichkeit erfolgt: Anzahl eintragen

Zu impfendes Personal: Anzahl eintragen

* davon Aufklärungsbogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon Anamnesebogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon Einwilligungsbogen unterschrieben: Anzahl eintragen
* davon ärztliche Einschätzung zur Impftauglichkeit erfolgt: Anzahl eintragen

**Bitte übermitteln Sie nur diese Seite des Meldebogens an ihr zuständiges Impfzentrum.**

**Zum Impftermin ist der gesamte Meldebogen (erste Seite und folgende) vorzuhalten.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Aufklärungsbogen unterschrieben? | Anamnesebogen unterschrieben? | Einwilligungsbogen unterschrieben? | Ärztliche Einschätzung zur Impftauglichkeit erfolgt? |
| Name | Vorname | Geb.-datum | Zimmer-Nr. | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



Anm.: Für zu impfendes Personal entfällt die Angabe der Zimmernummer.