

Landratsamt Ansbach
Verwaltung Impfzentrum
Crailsheimstraße 1

91522 Ansbach

Kontaktformular für die Corona-Impfung

Name*		Geschlecht* Bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname*		
Geburtstag*		
Straße, Hausnummer*		
PLZ, Ort*		
Telefon*	Handynummer	E-Mail

Ich möchte mich gegen COVID-19 impfen lassen und bitte um Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung*

Ich leide an keiner chronischen Erkrankung / einer chronischen Erkrankung (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Demenz oder geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz, Arrhythmie/Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation | <input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Erkrankung/Apoplex |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI >30) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> chronische Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> COPD oder Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> chronische Lebererkrankung | |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift*

Die mit (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder, ohne deren Angabe keine Bearbeitung möglich ist.

> Bitte zurücksenden an die oben genannte Adresse oder als Fax an (0981) 468-3129 <