

**PERSÖNLICHE DATEN**

Name: _____	Telefonnummer: _____
Vorname: _____	E-Mailadresse: _____
Geburtsdatum: _____	_____

**DATEN DER IMPFUNG(EN)**

Datum der ersten Impfung: _____	Datum der zweiten Impfung: _____
Impfstoff der ersten Impfung:	Impfstoff der zweiten Impfung:
<input type="checkbox"/> COMIRANTY (BioNTech/Pfizer) <input type="checkbox"/> mRNA-1273 (Moderna) <input type="checkbox"/> CHAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca) <input type="checkbox"/> Ad26.Cov2.S (Johnson & Johnson)	<input type="checkbox"/> COMIRANTY (BioNTech/Pfizer) <input type="checkbox"/> mRNA-1273 (Moderna) <input type="checkbox"/> CHAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca)

Nach erfolgreicher Erstellung Ihres Zertifikates übersenden wir Ihnen dieses in einer verschlüsselten E-Mail. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie diesem Vorgehen zu.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**NUR DUCH DAS PERSONAL AUSZUFÜLLEN**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Versichertenkarte eingelesen / abgerechnet | _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfausweis kontrolliert                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfzertifikat erstellt                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfzertifikat verschlüsselt versendet     | _____ |