



Name

Geburtsdatum

Erklärung zur Corona-Impfung

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum Impftermin mit.)

Ich wurde bereits gegen COVID-19 geimpft.

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

(Datum: _____ Impfstoff: _____)

Ich war bereits an COVID-19 erkrankt

Datum (Monat/ Jahr): _____

Datum (Monat/ Jahr): _____

Ich war in den letzten 6 Monaten nicht wesentlich an COVID-19 erkrankt

Ich habe die letzten Impfungen gegen COVID-19 gut vertragen.

oder:

Ich habe nach einer COVID-19-Impfung folgende Nebenwirkung gehabt:

allergische Reaktion: _____

andere unerwartete Nebenwirkung (andere Symptomatik als 1-3 Tage dauernde Kopfschmerzen, Fieber, Gliederschmerzen oder Müdigkeit)

(Wenn Sie eine schwere allergische Reaktion nach der COVID-Impfung hatten, können wir Sie hier nicht gegen COVID-19 impfen)

Griesheim, _____
(Datum)

(Unterschrift)