



Impfmonitoring	
Name, Vorname	
Telefonische Erreichbarkeit	
Anschrift des Patienten	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Erhaltene Covid-19-Impfungen	<input type="checkbox"/> Genesen <input type="checkbox"/> 1. Impfung-Impfstoff _____ <input checked="" type="checkbox"/> 2. Impfung-Impfstoff _____ <input type="checkbox"/> 3. Impfung-Impfstoff _____ <input type="checkbox"/> 4. Impfung-Impfstoff _____
Ab hier vom Impfteam auszufüllen	
Körpertemperatur	_____C°
Impfdatum und Uhrzeit	
Impfort	<input type="checkbox"/> linker Arm <input type="checkbox"/> rechter Arm
Impfstoff-Produkt bzw. Handelsname	<input type="checkbox"/> BioNTech <input type="checkbox"/> Novavax <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen
Chargennummer	
Einordnung der Impfserie	<input type="checkbox"/> 1. Impfung <input checked="" type="checkbox"/> 2. Impfung <input type="checkbox"/> 3. Impfung <input type="checkbox"/> 4. Impfung