

Persönliche Daten & Angaben Impfstoff

Name, Vorname	
Telefonische Erreichbarkeit	
Postleitzahl und Wohnort des Patienten	
Geburtsmonat und -jahr	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
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"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna
Chargennummer	
Einordnung der Impfserie	<input type="checkbox"/> erste Dosis <input type="checkbox"/> Folgedosis
Grund der Schutzimpfung nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V orientiert an der STIKO-Empfehlung	<p>Indikation nach dem Alter</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<p>Berufliche Indikation</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<p>Medizinische Indikation</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt