

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 / Conterganschädigung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit Komplikationen |
| <input type="checkbox"/> Demenz / geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> schwere chronische Lungenerkrankung (z.B. interstitielle Lungenerkrankung / COPD / Mukoviszidose oder ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung) |
| <input type="checkbox"/> psychiatrische Erkrankung (insb. bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression) | <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftige Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation | |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 40) | |
| <input type="checkbox"/> chronische Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose / andere chronische Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> in Remission befindlichen Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Immundefizienz / HIV-Infektion |
| | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung oder rheumatologische Erkrankung |

Bitte wenden!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz, Arrhythmie/Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie | <input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Erkrankung / Schlaganfall / andere neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus ohne Komplikationen | <input type="checkbox"/> sehr hohes oder hohes Risiko für schwerwiegenden Covid-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision |
| <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie / vergleichbaren neuromuskulären Erkrankung | <input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko für schwerwiegenden Covid-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 30) | |

Liegt eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19 Erkrankung in den letzten 6 Monaten vor?

- Ja

 Nein

 Ja – aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder wird gestillt?

- Ja

 Nein

 Ja – aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Ich bin ... (falls zutreffend bitte ankreuzen)

- eine der zwei engen Kontaktpersonen einer Schwangeren, die von dieser Person oder einer Sie vertretenden Person bestimmt wurde
 eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit höchster oder hoher Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll
 eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit erhöhter Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift*

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

Hinweis:

Bitte fügen Sie dem Kontaktformular bei Rücksendung keine Bescheinigungen oder ärztliche Atteste bei. Diese können im Zuge der Registrierung nicht hinterlegt werden. Diese Dokumente werden erst beim eigentlichen Impftermin zum Nachweis der Priorisierung benötigt und sind daher mitzubringen.

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