

Krankenkasse bzw. Kostenträger Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
		Straße+Nr.
		PLZ+Ort
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
100038825		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
148108200	454853401	

Praxis Dr. med. Marc Hanefeld  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Bahnhofstr. 18  
27432 Bremervörde  
Tel.: (04761) 3110  
Fax: (04761) 70764  
info@praxis-hanefeld.com

## VORBEREITUNG

**Unterlagen:**  Impfausweis  Personalausweis  Medikamentenplan  
 Anamnesebogen/unterschriebene Aufklärung  ggf. Allergie-Pass

1. Impfung:  am:   
2. Impfung:  am:   
3. Impfung:  am:

Aufklärung vorhanden  Ja  Nein

Allergie Schweregrad 3+  Nein  Ja

(N)OAK/Blutungsneigung  Nein  Ja

## IMPfung

**Datum:** \_\_\_\_\_  **Körpertemperatur < 38.5°C**

Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt: \_\_\_\_\_ (Stempel)

Falls Impfung nicht durchgeführt: siehe Anmerkungen

Impf-Ort:  Oberarm links  Oberarm rechts

**Impfstoff:**

BioNTech

Moderna 0,25 ml / 0,5 ml

Novavax

\_\_\_\_\_

## NACHBEOBACHTUNG

**Erstimpfung** immer 15 Minuten

30 Min

Wartebereich verlassen um \_\_\_\_\_ Uhr

Anmerkungen: