



DR. LUNOW & PARTNER

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen Herr Frau

Name, Vorname _____

Geb. - Datum _____ Alter

Straße / Hausnr. _____

PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Sind Sie bereits Patient in der Praxis Dr. Lunow?

ja nein, ich bin neuer Patient

Sind Sie in einem medizinischem Bereich/Pflegeberuf tätig?

wenn ja, bitte ankreuzen

Sind Sie schwanger?

nein ja, in Woche _____

_____ **X** _____

Datum

Unterschrift

Nachstehende Informationen werden durch das Personal ausgefüllt.

Folgender Impfstoff wurde verabreicht

BioNTech Moderna

Welche Impfung wurde heute durchgeführt? 1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung 4. Impfung

Chargen Nr. _____

Datum

Unterschrift