



## COVID-19 – Impfstatusabfrage

Nachname/Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja                       nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: ..... Impfstoff: .....

Datum: ..... Impfstoff: .....

Datum: ..... Impfstoff: .....

Datum: ..... Impfstoff: .....

**Bitte legen Sie uns den schriftlichen Impfnachweis vor.**

Wenn nein und Sie wünschen eine Impfung?

Setzen Sie sich bitte mit Ihrem Hausarzt in Verbindung.

Hinweis: die aktuelle Erhebung des Impfstatus dient ausschließlich unseren Dokumentationspflichten. Die Verantwortung für weitere Anschluss- bzw. Auffrischungsimpfungen liegt bei den Bewohner/innen und deren Bevollmächtigten.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Bewohner/in bzw. Bevollmächtigter

Erklärung:

**Ich lehne die Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona-Virus) ausdrücklich ab.**

Die Risiken der erhöhten Ansteckungsgefahr und des schwereren bis tödlichen Verlauf bei einer Infektion mit COVID-19 sind mir bekannt.

Die Risiken im gesellschaftlichen Zusammenleben mit anderen Bewohner/innen sind mir bewusst.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Bewohner/in bzw. Bevollmächtigter