

## Kontaktformular zur Impfanfrage

(an Kinder-/Jugendarztpraxis Dr. Niewerth, Kleiberg 21, 53721 Siegburg)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Email:

Telefon:

Priorisierungsgrund:

**Verbindung zur Praxis:** Patient

Patienteneltern

sonstiges

### Impfstoffwunsch:

m-RNA-Impfstoff (z.B. von BioNTech):

Vektor-Impfstoff (z.B. von AstraZeneca):

egal:

Mit Einsenden des Formulars bestätige ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung, einverstanden bin.

Mit Einsenden des Kontaktformulars ist kein konkretes Impfangebot verbunden. Wegen der zurzeit sehr beschränkten Verfügbarkeit von Impfstoff, der eine lange Liste von priorisierten und bedürftigen Menschen gegenübersteht, ist es uns noch nicht möglich, alle Impfanfragen zu berücksichtigen.

Wir werden alle Anfragen erfassen und uns zu gegebener Zeit melden. Sollten Sie anderweitig, z.B. in einem Impfzentrum, eine Impfung angeboten bekommen, raten wir Ihnen dringend, dieses Angebot anzunehmen. Über eine kurze Mitteilung sind wir dankbar. Für uns ist nicht absehbar, wann wir in einen geregelten Impfbetrieb ohne Einschränkungen einsteigen können.