

Corona Schutzimpfung Zusatz zum Anamnesebogen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ist bei Ihnen eine Hepatitis-Infektion bekannt?

- JA
- NEIN

Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion bekannt?

- JA
- NEIN

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer