

Privatärztliche Praxis  
Dr. Dominic Pascal Keller  
Brühlstraße 10  
74211 Leingarten

Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte sehr leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

bis 18 Jahre  18-59 Jahre alt  über 60 Jahre

**Moderna**

**Vom Impfbus-Team auszufüllen:**

1. Impfung

2. Impfung

3. Impfung

**1. Impfaufklärung**

Allergiepass  Ja  Nein

Impfpass  Ja  Nein

Zeitpunkt der Aufklärung \_\_\_\_\_

Impfinformation  Ja  Nein

Impfbescheinigung  Ja  Nein

Z.n. Covid19  Datum: \_\_\_\_\_

Name des Arztes Keller, D.

Fessler, H.

Arztkürzel: \_\_\_\_\_

**2. Impfung**

Zeitpunkt der Impfung \_\_\_\_\_

Injektionsort  li. Arm  re. Arm

Chargennummer \_\_\_\_\_

Impfpasseintrag  Ja  Nein

Hersteller Moderna

Impfstoffname Spikevax

Hinweis \_\_\_\_\_

**3. Nachbeobachtung**

15 min

30 min

Fremdimpfung in Impfpass nachgetragen/übertragen

Sonstige Notizen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_