MVZ Holter Internisten GmbH
Medizinisches Versorgungszentrum mit Dialyse

Covid 19 Impfanmeldung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Wir impfen mit dem mRNA Impfstoff Comirnaty ® von Biotec-Pfizer

Ich wünsche

☐ **1. Impfung**

☐ **2. Impfung** **meine 1. Impfung war am**

☐ **3. Impfung** **meine 1. Impfung war am**

meine 2. Impfung war am

Ort/Datum

Unterschrift

Vielen Dank

Ihr Praxisteam der Holter Internisten