

# IMPFZENTRUM

## im Landkreis Starnberg



An das

BRK Starnberg  
Team Impfzentrum  
Münchner Straße 33  
82319 Starnberg

## Anmeldeformular zur Terminvergabe der 1. und 2. Impfung

### 1 Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

Adresse

PLZ

Stadt

Landkreis

**Starnberg**

Telefon für Rückfragen

### 2 Anamnese zur COVID-19 Impfung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

#### A Ich arbeite in

einer Pflege- oder medizinischen Einrichtung

einer Gemeinschaftseinrichtung

einer Schule oder Kindergarten

einem sonstigen Beruf mit hohem Personenkontakt,  
als...

einer Einrichtungen zur Aufrechterhaltung des  
öffentlichen Lebens

#### B Liegt eine der folgenden Risikofaktoren vor?

Trisomie 21

Diabetes mellitus

Demenz oder geistige Behinderung

Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen

Zustand nach Organtransplantation

Zerebrovaskulären Erkrankung/Apoplex

Adipositas (BMI > 30)

Krebserkrankung

chronische Nierenerkrankung

COPD oder Asthma bronchiale

chronische Lebererkrankung

Immundefizienz oder HIV-Infektion

Herzinsuffizienz, Arrhythmie /Vorhofflimmern oder koronare Herzerkrankung oder arterieller Hypertension

#### C Liegt eine labordiagnostisch bestätigte COVID-19 Erkrankung?

nein  ja

#### D Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

nein  ja

#### E Einverständnis zur wissenschaftlichen Weiterverarbeitung

nein  ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (E-Mail Adresse, Telefonnummer) zum Zweck der Kontaktaufnahme an Forschungsstellen für Forschungstätigkeiten im öffentlichen Interesse weitergegeben werden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Verarbeitung bleibt aber weiterhin rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift