

Besondere Indikationsimpfung für

(NAME)

[]

Ich könnte als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von mir betreute Risikopersonen gefährden.

[]

Ich habe beruflich bedingt viel Publikumsverkehr

[]

Ich gehöre zum medizinischen Personal.

(DATUM + UNTERSCHRIFT)