

## 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)*