

AMD Impf-Laufzettel

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten gut leserlich (Druckbuchstaben). Vielen Dank!

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____ PLZ: _____

Stopp. Alle weiteren Felder werden von vom AMD ausgefüllt.

(1) Arzt / Ärztin			Anmerkungen
Impffähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wartezeit	<input type="checkbox"/> 15 min	<input type="checkbox"/> 30 min	
Arzt-Stempel			

(2) Impf-Station	
Chargen-Aufkleber	
Datum/ Uhrzeit	
Durchgeführt von	

(3) Ruhe-Zone	Dokumentation von Beschwerden und Notfällen

amd-impf-laufzettel.docx