

# Anmeldung Hausbesuch

Kontaktdaten der zu impfenden Person:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
PLZ, Wohnort:	
Telefonnummer:	

Hiermit bestätige ich in meiner Funktion als Hausarzt, dass o. a Person:

bereits durch mich aufgeklärt wurde

die Impfunterlagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben vorliegen

Erhält die o. a. Person blutverdünnende Medikamente?

NEIN

JA, welche: \_\_\_\_\_

Hat die o. a. Person Allergien?

NEIN

JA, welche: \_\_\_\_\_

Besonderheiten, Bemerkungen (z. B. Infektionen wie MRSA etc.):

---



---

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Praxisstempel, Unterschrift des Arztes



**Bayerisches  
Rotes  
Kreuz**

Kreisverband Fürstenfeldbruck