Impfstoff der ersten Impfung*	Datum der ersten Impfung*
AstraZeneca	× 14.05.2021
Impfstoff der zweiten Impfung*	Datum der zweiten Impfung*
Biontech-Pfizer	× 16.07.2021
Impfstoff der letzten Impfung*	Datum der letzten Impfung*
Biontech-Pfizer	¥ 19.12.2021
Vorerkrankungen  Diabetes Chronische Lungene	rkrankung 🔲 Immunschwäche (inkl. HIV)
☐ Nierenerkrankung ☐ Leberkrank	theit Chronische neurologische Erkrankung uf-Erkrankung (inkl. Bluthochdruck) andere
Ist häusliche Isolation möglich?*	Ihre Versorgung*
Ja  Ich erkläre mich einverstanden mit d	Meine Versorgung ist sichergestellt
Ich erkläre mich einverstanden mit d Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Bl	Meine Versorgung ist sichergestellt der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*
Ich erkläre mich einverstanden mit o Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre
Ich erkläre mich einverstanden mit d Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Bl Nein	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*
Ich erkläre mich einverstanden mit d Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Bl	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*
Ich erkläre mich einverstanden mit d Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.  Haben Sie in den letzten 6 Monaten Bl Nein  Waren oder sind Sie wegen Corona im	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*
Ich erkläre mich einverstanden mit de Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.  Haben Sie in den letzten 6 Monaten Blein  Nein  Nein  Nein  Sitte wählen Sie, welche Krankheitsanze	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*  Krankenhaus?*
Ich erkläre mich einverstanden mit de Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.  Haben Sie in den letzten 6 Monaten Blein  Nein  Nein  Nein  Sitte wählen Sie, welche Krankheitsanze Musen im Kopfschmerzen Musen M	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*  Krankenhaus?*
Ich erkläre mich einverstanden mit de Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.  Haben Sie in den letzten 6 Monaten Ble Nein  Waren oder sind Sie wegen Corona im Nein  Sitte wählen Sie, welche Krankheitsanzen  Fieber Kopfschmerzen Musten Schüttelfrost oder Schwitzen	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*  Krankenhaus?*  eichen Sie haben:
Ich erkläre mich einverstanden mit de Gesundheitsdaten per E-Mail (unver Bescheinigung per Post.  Haben Sie in den letzten 6 Monaten Ble Nein  Waren oder sind Sie wegen Corona im Nein  Sitte wählen Sie, welche Krankheitsanzen  Fieber Kopfschmerzen Musche Schüttelfrost oder Schwitzen	der Übermittlung personenbezogener rschlüsselt). Ohne Einverständnis erhalten Sie Ihre lut, Organe oder Gewebe gespendet?*  Krankenhaus?*  eichen Sie haben:  uskelschmerzen

Seit wann haben Sie Krankheitsanzeichen?

Kalte Hände, Kalte Füße		
Seit wann haben Sie Krankh	eitsanzeichen?	
15.03.2022		0
Bitte geben Sie an, wann Sie	sich in Isolation begeben haben*	
15.03.2022		
Arbeiten Sie in einer Pflege- oder werden Sie dort betreu	oder Gemeinschaftseinrichtung (Kita, Schule, Altersh t?*	eim etc.)
Nein		V
Anmerkungen		
Hier können Sie weitere In	formationen eintragen.	
		//
	zerklärung zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, d heitsamt übermittelt werden *	ass meine
	nertsame abenimiteer werden.	
Angaben an das Gesund		
Angaben an das Gesund		
Angaben an das Gesund		
Angaben an das Gesund Absenden	CISS unterstützt Ihr Gesundheitsamt beim Erfassen von	Impressur
Angaben an das Gesund Absenden		Impressur Datensch