

Anmeldung zur Corona Impfung

und

Einwilligungserklärung zur Ausstellung eines digitalen „COVID-19-Impfzertifikats“ und Kenntnisnahme der Datenschutzinformation

Erklärende Person: Bitte unbedingt leserlich schreiben!

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	

Folgende Impfung soll durchgeführt werden (bitte ankreuzen):

- 1. Auffrischungsimpfung** **2. Auffrischungsimpfung**

Bisherige Impfungen:

1. Impfung	Datum	Impfstoff
2. Impfung	Datum	Impfstoff
3. Impfung (Booster)	Datum	Impfstoff

Ich war bereits Covid-erkrankt:	Datum:
--	--------

Kann das Impfzertifikat nicht sofort ausgestellt werden (mobile Impftermine), erfolgt die Zustellung per email.

Das Impfzertifikat wird ausgestellt von der Mainz-Apotheke im Helix Medical Excellence Center, Haifa-Allee 24, 55128 Mainz

Emailadresse: (bitte deutlich)	
--	--

Erklärung

Hiermit bestätige ich, die Datenschutzinformation des Robert Koch Instituts zum digitalen „COVID-19-Impfzertifikat“ sowie die Aufklärung zur Impfung zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Ausstellung des digitalen Impfzertifikats zu.

Mit Angabe meiner Emailadresse stimme ich der Übersendung meines Impfzertifikates per Email zu.

Datum

Unterschrift

Bitte dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zum Impftermin mitbringen!