



Landratsamt Landsberg am Lech
- Impfzentrum -



Persönliche Daten der zu impfenden Person

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum: _____

Geschlecht:

männlich

weiblich

divers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Landkreis:

Landsberg am Lech

Kontakt Daten/Telefon (der zu impfenden Person):

Festnetz Telefonnummer (verpflichtend):

Vorwahl

Rufnummer

Mobile Telefonnummer (falls vorhanden):

Vorwahl

Rufnummer

E-Mail-Adresse (falls vorhanden):

1. Ich arbeite in einer Pflege- oder medizinische Einrichtung:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> zahnärztliche-, HNO, ophthalmologische Praxis |
| <input type="checkbox"/> med. Einrichtung mit sehr hohem Expositionsrisiko (COVID- Station/ Praxis, Notaufnahme, Intensivstation, Ambulanz in der Bronchoskopie o.ä. aerosolgenerierende Tätigkeiten) | <input type="checkbox"/> med. Einrichtung mit besonders gefährdeten Gruppen (Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin) |
| <input type="checkbox"/> med. Einrichtung mit regelmäßigen Patientenkontakt (sonstige stationäre Versorgungsbereiche) | <input type="checkbox"/> SARS- CoV-2 Impfzentren /mobiles Impfteam |
| <input type="checkbox"/> sonstige Facharztpraxis (mit Patientenkontakt) | <input type="checkbox"/> Blut- und Plasmaspendedienst |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus (IT / Technik/ Verwaltung /unregelmäßiger Patientenkontakt) | <input type="checkbox"/> Sars-CoV-2 Testzentrum |
| <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim | <input type="checkbox"/> ÖGD Personal <u>mit</u> Patientenkontakt |
| <input type="checkbox"/> Infektionspraxis | <input type="checkbox"/> ÖGD Personal <u>ohne</u> Patientenkontakt |
| <input type="checkbox"/> hausärztliche / pädiatrische Arztpraxis / KV Notdienst | <input type="checkbox"/> sonstige Heilberufe (Krankengymnastik, Hebamme etc) mit Patientenkontakt |
| <input type="checkbox"/> Behinderteneinrichtung (mit medizinischen / pflegerischen Schwerpunkt) | <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst (hauptamtlich) | <input type="checkbox"/> Rettungsdienst (ehrenamtlich) |

2. Ich arbeite in einer Schule oder Kindergarten:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> Kindergarten/-krippe / Kindertagespflege |
| <input type="checkbox"/> Grundschule, Sonder- oder Förderschule | <input type="checkbox"/> Sonstige Schule (Mittelschule, Gymnasium, etc.) die nicht Grundschule, Sonderschule oder Förderschule ist |
| <input type="checkbox"/> Hochschule | <input type="checkbox"/> Kinderhort |
| <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe |

3. Ich arbeite in einer Einrichtung zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> Polizei |
| <input type="checkbox"/> Berufsfeuerwehr | <input type="checkbox"/> Freiwillige Feuerwehr |
| <input type="checkbox"/> Energie und Wasserversorgung | <input type="checkbox"/> Lebensmittel Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> ÖPNV / Transport- und Verkehrswesen | <input type="checkbox"/> Abfallwirtschaft / Abwasserentsorgung |
| <input type="checkbox"/> THW / Katastrophenschutz | <input type="checkbox"/> medizinische Einrichtung ohne direkten Patientenkontakt (z. B. Labore) |
| <input type="checkbox"/> Verfassungsorgane / Regierung / Verwaltung / Justiz | <input type="checkbox"/> Bundeswehr |
| <input type="checkbox"/> Apothekenwesen / Pharmawirtschaft | <input type="checkbox"/> Telekommunikationswesen |
| <input type="checkbox"/> Ernährungswirtschaft | <input type="checkbox"/> in leitender bzw. besonders relevanter Position in einer der o.g. Tätigkeiten |

4. Ich habe eine besondere Kontaktsituation:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> Beschäftigt im Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigt in der Gastronomie | <input type="checkbox"/> Enger Kontakt zu einer Schwangeren oder pflegebedürftigen Person |

5. Ich wohne / arbeite in einer Gemeinschaftseinrichtung:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> betreute Wohneinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerberunterkunft | <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft |
| <input type="checkbox"/> Justizvollzugsanstalt | <input type="checkbox"/> Behinderteneinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Unterkunft Saisonarbeitskräfte | <input type="checkbox"/> Senioren- und Altenpflegeheim |

6. Liegt bei Ihnen einer der folgenden Risikofaktoren vor?

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> Trisomie 21 |
| <input type="checkbox"/> Demenz oder geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI größer 30) | <input type="checkbox"/> chronische Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> chronische Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz, Arrhythmie / Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertension | <input type="checkbox"/> Zerebrovaskulären Erkrankung / Apoplex |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> COPD, Asthma bronchiale oder andere chronische Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Immundefizienz oder HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen |

7. Hatten Sie eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19-Erkrankung?

| | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Ja - aber eine Empfehlung des Hausarztes/Facharztes liegt vor | |

8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

| | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Ja - aber eine Empfehlung des Hausarztes/Facharztes liegt vor | |

9. Zur Bestätigung der Richtigkeit der Angaben bitte unterschreiben:

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Per Post zurück an:

Landratsamt Landsberg am Lech
-Einsatzgruppe 2 (Test- und Impfzentrum)-
von-Kühlmann-Straße 15
86899 Landsberg am Lech