

Registrierungsbogen Covid-19 Impfung im Landkreis Pfaffenhofen a.d. Ilm



Registrierungsbogen bitte zurück an das
Impfzentrum Süd, Sperling 4, 85276 Hettenshausen

Vorname*

Nachname*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Straße und Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Landkreis*

Pfaffenhofen / Ilm

Telefonnummer

mobile Telefonnummer (+491234567890)

(Wir benötigen eine Telefonnummer, um die Identität bei der Terminauswahl zu prüfen)

E-Mail

Impfing arbeitet in Einrichtungen zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens

☐ Polizei und Einsatzkräfte im Außendienst, Soldaten im Ausland

☐ Berufsfeuerwehr

☐ Freiwillige Feuerwehr

☐ Energie- und Wasserversorgung

☐ Lebensmittel Einzelhandel

☐ ÖPNV / Transport- und Verkehrswesen

☐ Abfallwirtschaft / Abwasserentsorgung

☐ THW / Katastrophenschutz

☐ Bestattungswesen

☐ Wahlhelfer

☐ Personal im Auslandseinsatz im öffentlichen Interesse gem. § 4 Abs. 1 Nr 4c CoronaimpfV

☐ medizinische Einrichtung ohne direkten Patientenkontakt (z.B. Labore)

☐ Verfassungsorgane / Regierung / Verwaltung / Justiz

☐ Polizei, Zoll, Bundeswehr

☐ Apothekenwesen / Pharmawirtschaft / Medizinproduktberatung / Schwangerschafts(konflikt)beratung

☐ Informationstechnik / Telekommunikationswesen

☐ Ernährungswirtschaft

☐ Personal im infektionsgefährdeten Auslandseinsatz im öffentlichen Interesse gem. § 3 Abs. 1 Nr 7,8 CoronaimpfV

☐ in leitender bzw. besonders relevanter Position in einer der o.g. Tätigkeiten

Impfpling arbeitet in einer Pflege- oder medizinischen Einrichtung

- | | |
|---|---|
| ☐ med. Einrichtung mit sehr hohem Expositionsrisiko (COVID-Station / Praxis, Notaufnahme, Intensivstation, Ambulanz, i.d. Bronchoskopie o.ä. aerosolgenerierende Tätigkeiten) | |
| ☐ med. Einrichtung mit besonders gefährdeten Gruppen (Onkologie, Transplantationsmedizin, im Rahmen der Behandlung schwer immunsupprimierter Patienten und Dialyseeinrichtungen) | |
| ☐ med. Einrichtung mit regelmäßigem Patientenkontakt (sonstige stationäre Versorgungsbereiche, incl. Maßregelvollzug) | |
| ☐ Krankenhaus (IT / Technik / Verwaltung / unregelmäßiger Patientenkontakt) in leitender oder besonders relevanter Position | |
| ☐ Alten- und Pflegeheim sowie ambulant betreute Wohngruppen für ältere, pflegebedürftige Menschen | |
| ☐ Infektionspraxis | |
| ☐ hausärztliche / pädiatrische Arztpraxis / KV-Notdienst | ☐ ÖGD Personal mit Patientenkontakt |
| ☐ zahnärztliche-, HNO-, ophthalmologische, endoskopierende Praxis | ☐ ÖGD Personal ohne Patientenkontakt |
| ☐ sonstige Facharztpraxis (mit Patientenkontakt) | ☐ sonstige Heilberufe (Krankengymnastik, Hebamme etc.) mit Patientenkontakt, Praxen von Heilmittelerbringern |
| ☐ SARS-CoV-2-Impfzentren / mobiles Impfteam / mit der Impfung beauftragte Arztpraxen oder Betriebsärzte | ☐ stationäre Behinderteneinrichtung (mit medizinischem / pflegerischem Schwerpunkt) |
| ☐ Palliativmedizin | ☐ ambulante Behinderteneinrichtung (mit medizinischem / pflegerischem Schwerpunkt) |
| ☐ Blut- und Plasmaspendendienst (mit Patientenkontakt) | ☐ ambulanter Pflegedienst, pflegende Angehörige |
| ☐ Sars-CoV-2 Testzentrum | ☐ Rettungsdienst (hauptamtlich) |
| ☐ Unterstützungskraft gemäß §45a SGB XI | ☐ Rettungsdienst (ehrenamtlich) |
| ☐ medizinische Einrichtung ohne direkten Patientenkontakt (z.B. Labore) | ☐ Krankenhaus- und Praxispersonal ohne Patientenkontakt |

Impfpling arbeitet in einer Schule oder Kindergarten

- | | |
|---|--|
| ☐ Kindergarten / -krippe / Kindertagespflege | ☐ Kinderhort |
| ☐ Grundschule, Sonderschule oder Förderschule | ☐ Mittagsbetreuung |
| ☐ Sonstige Schule (Mittelschule, Gymnasium etc), die nicht Grundschule, Sonderschule oder Förderschule ist | ☐ Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe |
| | ☐ Hochschule |

Impfiling hat besondere Kontaktsituation

- | | |
|--|---|
| ☐ Beschäftigt im Einzelhandel | ☐ Eine der zwei engen Kontaktpersonen einer Schwangeren |
| ☐ Beschäftigt in der Gastronomie | |
| ☐ Eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit höchster oder hoher Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll | ☐ Eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit erhöhter Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll |

Impfiling wohnt / arbeitet in einer Gemeinschaftseinrichtung

- | | |
|--|--|
| ☐ schwierige Arbeits-oder Lebensbedingungen (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit) | ☐ stationäre Behinderteneinrichtung |
| ☐ betreute Wohneinrichtung | ☐ ambulante Behinderteneinrichtung |
| ☐ Asylbewerberunterkunft | ☐ Unterkunft Saisonarbeitskräfte |
| ☐ Obdachlosenunterkunft oder Frauenhaus | ☐ Senioren- und Altenpflegeheim und ambulant betreute Wohngruppen für ältere, pflegebedürftige Menschen |
| ☐ Justizvollzugsanstalt | |

Gesundheitsdaten werden nicht hinterlegt

Die nachfolgenden Gesundheitsdaten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gespeichert, sind aber für die Priorisierung relevant und müssen daher jedes Mal erfasst werden, wenn dieses Formular aufgerufen wird.

Liegt eine der folgenden Risikofaktoren vor?

- | | |
|--|--|
| ☐ Trisomie 21 | ☐ Asthma bronchiale |
| ☐ Demenz oder geistige Behinderung | ☐ Immundefizienz oder HIV-Infektion |
| ☐ Zustand nach Organtransplantation | ☐ Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen |
| ☐ Adipositas (BMI > 30) | ☐ psychiatrische Erkrankung (insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression) |
| ☐ Adipositas (BMI > 40) | ☐ behandlungsbedürftigen Krebserkrankung |
| ☐ sehr hohes oder hohes Risiko für schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision | ☐ in Remission befindlichen Krebserkrankungen |
| ☐ erhöhtes Risiko für schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision | ☐ schwere chronische Lungenerkrankung (z. B. interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder andere ähnlich schwere Lungenerkrankung) |
| ☐ chronische Nierenerkrankung | ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) mit Komplikationen |
| ☐ Leberzirrhose oder andere chronische Lebererkrankung | ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ohne Komplikationen |
| ☐ Herzinsuffizienz, Arrhythmie / Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie (Bluthochdruck) | ☐ Chronisch entzündliche Darmerkrankung (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) |
| ☐ Zerebrovaskuläre Erkrankung / Schlaganfall / andere neurologische Erkrankungen | ☐ Muskeldystrophie oder einer vergleichbaren neuromuskulären Erkrankung |

Liegt eine labordiagnostisch bestätigte COVID-19 Erkrankung vor?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Ja aber Empfehlung des Hausarzt / Facharzt
liegt vor

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder wird gestillt?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Ja aber Empfehlung des Hausarzt / Facharzt
liegt vor

Einverständnis zur wissenschaftlichen Weiterverarbeitung

☐ Ja, der Impfling ist damit einverstanden, dass seine Kontaktdaten (E-Mail Adresse, Telefonnummer) zum Zwecke der Kontaktaufnahme an Forschungsstellen für Forschungstätigkeiten im öffentlichen Interesse weitergegeben werden. Die Einwilligung kann ohne Angabe von Gründen jederzeit unter datenschutzbeauftragter@stmgp.bayern.de widerrufen werden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Verarbeitung bleibt aber weiterhin rechtmäßig.

Daten erfasst am

Daten erfasst durch