

Formular Terminanmeldung Impfzentren Rheinland-Pfalz

Bitte geben Sie alle für die Terminvereinbarung relevanten Daten in das unten stehende Formular ein. Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Terminanmeldung medizinische Daten erhoben werden müssen, um einen reibungslosen Ablauf im Impfzentrum zu ermöglichen und lange Wartezeiten zu vermeiden.

Bitte beachten Sie, dass alle eingegeben Daten korrekt und wahrheitsgemäß eingetragen werden müssen.

Wir bitten Sie die folgenden persönlichen Daten zu erfassen:

Titel

Geschlecht

divers männlich weiblich

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Arbeiten Sie in einem der folgenden Berufe? ⓘ

andere Berufsgruppe



Liegt bei Ihnen eine geistige Behinderung oder Trisomie 21 vor? ⓘ

Ja Nein

Sind Sie Bewohner einer Obdachlosenunterkunft oder eine Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber? ⓘ

Ja Nein

Sind Sie Bewohner eines Pflegeheims oder stationären Einrichtung zur Behandlung oder Pflege von älteren oder pflegebedürftigen Personen? ⓘ

Ja Nein



Versorgen bzw. Pflegen Sie eine pflegebedürftige Person (außerhalb von Pflegeeinrichtungen)? ⓘ

Ja Nein

Sind Sie enge Kontaktperson von zu pflegenden Personen oder schwangeren Personen? ⓘ

Ja Nein

Wir bitten Sie die folgenden Angaben zu den Kontraindikationen zu erfassen:

Haben Sie Fieber? ⓘ

Ja Nein

Geburtsdatum ⓘ

tt.mm.jjjj

Sind Sie schwanger? ⓘ

Ja Nein

Haben Sie eine schwere immunsupprimierende (chronische) Krankheit? ⓘ

Ja Nein

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine Chemotherapie erhalten? ⓘ

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? ⓘ

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Organtransplantation? ⓘ

Ja Nein

Wir bitten Sie die folgenden Angaben zu Vorerkrankungen zu erfassen:

Schwerwiegende, behandlungsbedürftige Allergie ⓘ

Ja Nein

Chronische Krankheiten der Atmungsorgane ⓘ

Ja Nein

Chronische Herz-Kreislaufkrankheiten ⓘ

Ja Nein

Chronische Erkrankungen der Leber ⓘ

Ja Nein

Chronische Nierenkrankheiten ⓘ


Ja Nein

Erkrankungen des Immunsystems ⓘ


Ja Nein

Chronische neurologische Krankheiten ⓘ

Ja Nein

Diabetes mellitus und andere Stoffwechselkrankheiten 

Ja Nein

Adipositas 

Ja Nein

Krebserkrankungen

Ja Nein

Rheumatische Erkrankungen 

Ja Nein

Hatten Sie eine Organtransplantation vor mehr als 12 Monaten?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen Demenz nachgewiesen?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine COVID-19 Erkrankung nachgewiesen?

Ja Nein

Wir bitten Sie die folgenden Angaben zur Einnahme von Arzneimitteln zu erfassen:

Immunsuppressiva

Ja Nein

Antivirale Medikamente

Ja Nein

Antibiotika

Ja Nein

Blutverdünner

Ja Nein

Entzündungshemmer (z.B. Cortison)

Ja Nein

Sonstiges

Ja Nein

Terminpräferenz

Es besteht die Möglichkeit, dass Sie eine Terminpräferenz angeben. Es wird versucht, diesen Wunsch bei der Terminvergabe zu berücksichtigen. Bitte beachten Sie jedoch, dass dies nicht in allen Fällen möglich ist.

Keine Präferenz vormittags (bis 12 Uhr) nachmittags (ab 12 Uhr)

Ich bestätige, dass ich die [Datenschutzerklärung](#) gelesen habe und dieser zustimme.

Mit dem Klick auf "Terminanfrage Absenden" übermitteln Sie die eingegebenen Daten. Sie erhalten im Anschluss eine Bestätigung per E-Mail mit einer Vorgangsnummer. Sobald Ihre Anfrage bearbeitet wird und ein Termin feststeht, bekommen Sie darüber eine Information per E-Mail sowie bei Festlegung des Termins eine postalische Terminbestätigung mit allen relevanten Informationen zu Ihrem Impftermin.

Aufgrund der Vielzahl der Anmeldungen kann es bei der Bearbeitung der Anfragen zu längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten wir Sie, von Nachfragen zum Status Ihrer Anfrage abzusehen und bearbeiten Ihre Anfrage schnellstmöglich.

Terminanfrage Absenden

Version: 1.6.20201229.0

[Impressum](#) [Datenschutz](#)