



COVID-19 (Corona Virus) – Impfung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	

Bei mir wurde eine COVID-19 (Corona-)Viruserkrankung diagnostiziert

- Ja Datum:
- Nein es bestand keine COVID-19 (Corona-) Viruserkrankung

Bei mir erfolgte eine COVID-19 (Corona-)Impfung

- Ja 1. Impfung am:
- Ja 2. Impfung am:

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Tagesgastes
ggf. gesetzl. Vertreter / Betreuer / Bevollmächtigter