



# 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

### 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"/> Schule
<input type="checkbox"/> Kindergarten/-krippe	<input type="checkbox"/> Kinderhort
<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung	

## 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. Kontaktdaten Telefon (der zu impfenden Person):**

**Festnetz Telefonnummer (verpflichtend):**

Vorwahl

Rufnummer

\_\_\_\_\_

**Mobile Telefonnummer (falls vorhanden):**

Vorwahl

Rufnummer

\_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse (falls vorhanden):**

\_\_\_\_\_

**10. 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**