**AUFNAHMEWUNSCH zur Covid- 19 Schutzimpfung in unserer Praxis**

**Datum:**

Name:

Geb.- Datum:

Adresse:

Tel.- Nr.:

Lehnen Sie einen Impfstoff ab? Welchen?:

**Mit Abgabe dieses Formulars werden Sie automatisch auf unsere Liste gesetzt!!!**

**BITTE sehen Sie von Rückfragen bezüglich der Termine ab, wir melden uns bei Ihnen!!!**

**Arztpraxis Oberdorf**

**Dr. med. Frank Forquignon** Tel. 04343/**7676**

**Dr. med. Johannes Lübeck** Tel. 04343/**6480**

**Dr. med. Stephan Rusitska** Tel. 04343/**6462**

Oberdorf 1 24235 Laboe

www.praxis-oberdorf.de



**AUFNAHMEWUNSCH zur Covid- 19 Schutzimpfung in unserer Praxis**

**Datum:**

Name:

Geb.- Datum:

Adresse:

Tel.- Nr.:

Lehnen Sie einen Impfstoff ab? Welchen?:

**Mit Abgabe dieses Formulars werden Sie automatisch auf unsere Liste gesetzt!!!**

**BITTE sehen Sie von Rückfragen bezüglich der Termine ab, wir melden uns bei Ihnen!!!**

**Arztpraxis Oberdorf**

**Dr. med. Frank Forquignon** Tel. 04343/**7676**

**Dr. med. Johannes Lübeck** Tel. 04343/**6480**

**Dr. med. Stephan Rusitska** Tel. 04343/**6462**

Oberdorf 1 24235 Laboe

www.praxis-oberdorf.de

