**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

