

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