



**Landratsamt Neustadt a.d.Aisch-  
Bad Windsheim**  
Konrad-Adenauer-Str. 1  
91413 Neustadt a.d.Aisch

**Wichtig: Impfwillige, die sich bereits angemeldet haben, brauchen sich nicht zusätzlich postalisch melden. Eine Doppelmeldung ist nicht notwendig!**

## Kontaktformular für die Corona-Impfung

mit \* markierte Felder sind Pflichtfelder – bitte deutlich schreiben

Name*		Geschlecht* Bitte ankreuzen  <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname*		
Geburtstag*		
Straße, Hausnummer*		
PLZ, Ort*		
Telefon*	Handynummer	E-Mail

Ich möchte mich gegen COVID-19 impfen lassen und bitte um Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung\*

Ich leide an  keiner chronischen Erkrankung /  einer chronischen Erkrankung (bitte ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21<br><br><input type="checkbox"/> Demenz / geistige Behinderung / schwere psychische Erkrankung<br><input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation<br><input type="checkbox"/> Adipositas (BMI > 40)<br><br><input type="checkbox"/> chronische Nierenerkrankung<br><input type="checkbox"/> Krebserkrankung incl. malignen hämatologischen Erkrankungen wenn die Remissionsdauer > 5 Jahre | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (mit HbA1c ≥ 58 mmol/mol oder ≥ 7,5%)<br><input type="checkbox"/> Interstitielle Lungenerkrankung / COPD / Mukoviszidose oder ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung<br><input type="checkbox"/> Krebserkrankung incl. malignen hämatologischen Erkrankungen (nicht in Remission oder Remissionsdauer < 5 Jahre)<br><input type="checkbox"/> chronische Lebererkrankung<br><input type="checkbox"/> Immundefizit / HIV-Infektion / Autoimmunerkrankung / rheumatologische Erkrankung |
|---|--|

**Bitte wenden!**

- Herzinsuffizienz, Arrhythmie/Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie
- Asthma bronchiale
- Diabetes mellitus (mit HbA1c < 58 mmol/mol oder < 7,5%)
- Adipositas (40 > BMI > 30)
- Zerebrovaskuläre Erkrankung / Schlaganfall / andere chronische neurologische Erkrankung
- chronisch entzündliche Darmerkrankung

Liegt eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19 Erkrankung vor?

- Ja  Nein  Ja – aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder wird gestillt?

- Ja  Nein  Ja – aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Ich bin ... (falls zutreffend bitte ankreuzen)

- eine der zwei engen Kontaktpersonen einer Schwangeren, die von dieser Person oder einer Sie vertretenden Person bestimmt wurde
- eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit höchster oder hoher Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll
- eine der zwei engen Kontaktpersonen einer pflegebedürftigen Person, die nicht in einer Einrichtung wohnt und mit erhöhter Prioritätsstufe gem. CoronaimpfV geimpft werden soll

Sonstiges

---



---

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift\*

Die mit (\*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder, ohne deren Angabe keine Bearbeitung möglich ist.

**Hinweis:**

Bitte fügen Sie dem Kontaktformular bei Rücksendung keine Bescheinigungen oder ärztliche Atteste bei. Diese können im Zuge der Registrierung nicht hinterlegt werden.

Diese Dokumente werden erst beim eigentlichen Impftermin zum Nachweis der Priorisierung benötigt und sind daher mitzubringen.

> Eine Rücksendung des Kontaktformulars ist per Post, per Fax: 09161 92-90320 oder per E-Mail: [anmeldung.impfzentrum@kreis-nea.de](mailto:anmeldung.impfzentrum@kreis-nea.de) möglich <