

FAX-ANMELDUNG FÜR DIE ALLERGIE-AMBULANZ

der Universitätsklinik für Dermatologie 0316 - 385 – 14822

bei Fragestellung einer Allergie/allergischen Reaktion auf COVID-Impfstoffe

NUR VON DER ÄRZTLICHEN ORDINATION ZU VEREINBAREN!

Ordination:

Fax:

Patient/-in (Vor- und Familienname):

SV-Nr. + Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Welcher Impfstoff:

Erstimpfung:

Zweitimpfung:

Folgeimpfung:

Datum der Gabe:

Datum der Reaktion:

Anaphylaktische Reaktion **am Impftag** (Beschreibung):

Sonstige Reaktionen (> 12 Std. post injectionem):

Der ambulante Termin ist geplant am: Uhrzeit:

- Für eine verbesserte Terminkoordinierung wird um ein vollständig ausgefülltes Formular gebeten.
- Bei **Unvollständigkeit** erfolgt **keine** Terminvergabe und **keine** Retournierung!