

Formular Anmeldung für Covid-19-Impfung

für Bewohner*innen, Mieter*innen und Mitarbeiter*innen

Name / Vorname _____

Zimmer / Wohnung / Abteilung _____

Impfung gewünscht:	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Noch nicht entschieden</i> <input type="checkbox"/>

Beratung gewünscht:	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Noch nicht entschieden</i> <input type="checkbox"/>

Brerattung gewünscht durch:	Wägelwiesen <input type="checkbox"/>
	Heimarzt <input type="checkbox"/>
	Hausarzt <input type="checkbox"/>

Datum _____

Unterschrift _____

Das Formular senden Sie bitte sobald als möglich an Wägelwiesen Alters- und Pflegezentrum, Obere Kirchstrasse 33, 8304 Wallisellen oder Sie geben es direkt im Wägelwiesen in Ihrer Abteilung oder am Empfang ab.

oder per E-Mail zu senden an: marketa.gagro@waegelwiesen.ch oder an info@waegelwiesen.ch.

Wir danken Ihnen und wünschen Ihnen alles Gute.