

Einverständniserklärung Impfung Covid-19

Die Bewohnerin, der Bewohner, deren Angehörige oder die vertretungsberechtigte Person erklären sich mit der zweimaligen Covid-19-Impfung einverstanden.

Bewohnerin / Bewohner

Name

Vorname

Geburtsdatum

Vertretungsberechtigte Person

Beziehung

Name

Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Bemerkungen

Ort/ Datum

Unterschrift

Rücksendung

Pflegezentrum Rotacher
Bewohneradministration
Schwerzelbodenstrasse 41
8305 Dietlikon

bewohneradministration@pz-rotacher.ch