



Aufnahmeformular Post-Vac-Syndrom Selbsthilfegruppe

Teilnehmerinformationen

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Ort *

Bundesland *

Postleitzahl *

Impfdatum (mehrere), Impfstoff (verschiedene), Reaktionen nach Impfung (Diagnosen, wenn vorhanden)

E-Mail-Adresse *

Geschlecht *

Telefonnummer (Whatsapp, Telegram usw.)

Gruppe gefunden durch...

Bitte ankreuzen:

Ich stimme der Speicherung meiner angegebenen Daten in der Teilnehmerdatenbank der Gruppe zu Zwecken der Aufnahme in die Selbsthilfegruppe und der Kontaktierung (E-Mail, Messenger, Brief) zu.

Ort, Datum, Unterschrift

