

## Betroffener

Vornamen, Familiennamen und Adresse	
Geb:	

## Erzählen Sie uns Ihre Geschichte

Wo geimpft? \_\_\_\_\_

Wann geimpft? \_\_\_\_\_

Welche Impfstoffe? \_\_\_\_\_

Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ggf. weiteres Blatt benutzen)

---

### Datum, Ort, Unterschrifte(n)

Bitte dieses Dokument senden an: Stephan Roth, Hauptstr. 24, 77876 Kappelrodeck  
oder als SCAN / gutes Foto an [post@coronaaufarbeitung.de](mailto:post@coronaaufarbeitung.de)

oder an: Polizei Achern, AZ: SPH/2335973/2023, Hauptstraße 105, 77855 Achern