

Zuhanden des/der behandelnden Arz-
tes/Ärztin

Datum: _____

KURZBRIEF

Betrifft: COVID-19 Impfung in Apotheke (Spikevax Bivalent - Moderna®)

Der Kanton Bern erlaubt den Apotheken die Impfung von gesunden Personen ab 16 Jahren. Alle übrigen Personen dürfen wir nur mit ärztlichem Einverständnis impfen.

Folgende Person würde sich gerne bei uns impfen lassen:

Wir bitten Sie dieses Schreiben gestempelt und signiert zu retournieren, falls Sie mit der Impfung in der Apotheke einverstanden sind.

Freundliche Grüsse

DORFAPOTHEKE BRÜGG AG