



## Vereinbarung Impftermin

Faxformular für **hörbehinderte Menschen**

Faxnummer: +49 611 32764 - 4040

E-Mail-Adresse: [Impfterminservice.gehoerlos@rpgi.hessen.de](mailto:Impfterminservice.gehoerlos@rpgi.hessen.de)

### Angaben zu meiner Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_



Ich kann nicht hören und daher nicht telefonieren.

### Achtung!

**Bitte schicken Sie uns eine Kopie vom  
Schwerbehindertenausweis und eine Kopie vom Personalausweis!**

**Der Antrag kann sonst nicht bearbeitet werden!**

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen:

GI

TBI

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(Tag) (Monat) (Jahr)

Geschlecht:

männlich	weiblich	divers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Terminwünsche**

	Mo - Fr	Sa + So
Vormittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**oder**

Mir ist egal, wann der Termin ist

**Bevorzugter Kontakt**

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Post: \_\_\_\_\_

----- Empfangsbestätigung (von der Impfkoordination auszufüllen) -----

An das Call Center weitergeleitet am (Datum): \_\_\_\_\_

Unterschrift des Bearbeiters: \_\_\_\_\_