

Einwilligungserklärung (nur Auffrischungsimpfung)

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Comirnaty von BioNTech / Pfizer und Spikevax von Moderna

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Anschrift (Straße, Hausnummer, Ort) _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Die Fragen wurden durch das ärztliche Aufklärungsgespräch beantwortet. Eine mündliche Aufklärung ist erfolgt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch

- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein

- Ich lehne die Impfung ab.

1. Impfung (Datum, Impfstoff, Charge) _____
2. Impfung (Datum, Impfstoff, Charge) _____
3. Impfung (Datum, Impfstoff, Charge) _____

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Sorgeberechtigte / Betreuer oder Vorsorgeberechtigte