

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19

Auffrischimpfung mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ): _____

Wann und mit welchem Impfstoff wurden Sie zuvor geimpft?:

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder einen anderen Impfnachweis zur Impfung mit.)

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

(Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

ja SSW _____ nein

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

Anmerkungen: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person

(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____