



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Blanko)

Version 002

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
(Grundimmunisierung und Auffrischimpfung)

mit mRNA-Impfstoff, Vektorimpfstoff oder Proteinimpfstoff

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vaxzevria® von AstraZeneca | <input type="checkbox"/> Spikevax® von Moderna |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson | <input type="checkbox"/> Nuvaxovid® von Novavax |
| <input type="checkbox"/> Comirnaty® von Biontech | |

Name der zu impfenden Person

Patienten-ID

Geburtsdatum

Anschrift

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) gegen Covid 19 (Erstimpfung und/oder Zweitimpfung und/oder Booster-Impfung) ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Daten des Arztes

Titel Vorname Name

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Einwilligungsberechtigte Person

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