

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Schutzimpfung gegen
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit dem Impfstoff

- o m-RNA-Vakzine Comirnaty[®] BNT 162b2 (BioNTech / Pfizer)
- o m-RNA-Vakzine Moderna[®] (Moderna)
- o Vektor-Vakzine Vaxzevria[®] ehemals Covid-19 Vaccine AstraZeneca(AstraZeneca)
- o Vektor-Vakzine Covid-19 Vaccine Janssen[®] (Johnson&Johnson)

Vorname/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen **Vertretungsperson** angeben:

Name, Vorname: _____
Telefonnr/. E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem Gespräch mit meiner Ärztin.

Die Impfung mit den Impfstoffen von Biontech/Moderna und Astrazeneca erfolgt zweimal, die Impfung mit dem Impfstoff von Johnson&Johnson erfolgt einmalig.

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

Gefrath, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit
der zu impfenden Person:

Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte,
Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Unterschrift Dr. Kollbach /Dr. Lipke