

Einwilligungserklärung für die COVID-19 Auffrischimpfung mit einem mRNA Impfstoff

Bitte füllen Sie dieses Formular leserlich in Druckbuchstaben aus. Unleserliche oder falsche Angaben können dazu führen, dass die Impfbescheinigung und ein Impfbzertifikat (QR-Code) nicht lesbar sind bzw. nicht anerkannt werden.

Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Straße Nummer	
PLZ Ort	
Telefonnummer	
eMail-Adresse	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben zu meiner Person. Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- ☐ Ich willige in die Impfung gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff (siehe unten) ein.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich auf die Nachbeobachtung.

Impfbescheinigung (Certificate of vaccination)

Verwendeter Impfstoff:

- ☐ Comirnaty[®] von BioNTech Pfizer
- ☐ Spikevax[®] von Moderna

Auffrischungsimpfung:

- ☐ 1. Auffrischungsimpfung
- ☐ 2. Auffrischungsimpfung
- ☐ 3. Auffrischungsimpfung

Chargenbezeichnung: _____

Impfung durchgeführt: _____

Datum

Stempel und Unterschrift der
Ärztin/des Arztes

Unterschrift der zu
impfenden Person