

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

– mit mRNA-Impfstoff –

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen ärztlichen Gespräch über die Impfung.

- Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch habe ich explizit verzichtet.

- Gleichwohl willige ich in die vorgeschlagene Impfung ein.

Vermerke

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin/des Arztes