

Einwilligungserklärung COVID-19-(Auffrisch)Impfung

Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig in Druckbuchstaben aus. Falsche oder unleserliche Angaben können dazu führen, dass die Impfbescheinigung bzw. ggf. ein Impfzertifikat (QR-Code) nicht lesbar sind bzw. nicht anerkannt werden.

Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Geschlecht	weiblich männlich divers
Strasse Nr	
PLZ Ort	
Telefonnummer	
eMail-Adresse	

Hiermit bestätige ich die o. g. Angaben zu meiner Person. Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen. Ich habe keine weiteren Fragen.

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

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Ich verzichte ausdrücklich auf die Nachbeobachtung

Bescheinigung der Impfung

- Erstimpfung
- Zweitimpfung
- Booster Impfung

Verwendung Impfstoff

- Comirnaty® von BioNTech Pfizer
- Spikevax® von Moderna

Chargenbezeichnung: _____

Impfung durchgeführt: _____

Datum

Stempel / Unterschrift der
Ärztin / des Arztes

Unterschrift der zu
impfenden Person