

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von Biontech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich bin über die oben genannte Impfung ausreichend gut informiert und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

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

Haltern am See, _____

Unterschrift der zu impfenden 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)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:

Name, Vorname: _____

Telefonnr.: _____

Praxis Dr. S. Amasha und Dr. M. Dammer, Zum Blickpunkt 42, 45721 Haltern am See/ Sythen
Tel.: 02364-68080, Fax: 02364-69461
E-Mail: info@gemeinschaftspraxis-sythen.de, Internet: www.gemeinschaftspraxis-sythen.de