

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

- mit mRNA-Impfstoff -

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer/ Handynummer) _____

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

Bitte ankreuzen :

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