Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona)

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Vorgesehener Impfstoff (Handelsname): _____

Chargennummer (optional): _____

1. Sind Sie/die zu impfende Person gegenwärtig gesund?

☐ ja ☐ nein

2. Liegt eine Allergie (insbesondere gegen Impfstoffbestandteile) vor?

☐ ja, welche: _____ ☐ nein

3. Traten nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

Ich habe das Merkblatt zur Kenntnis genommen und wurde im persönlichen Gespräch über Nutzen, Risiken und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die vorgeschlagene COVID-19-Schutzimpfung mit dem oben eingetragenen Impfstoff ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Vermerke: _____

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person Unterschrift der aufklärenden/impfenden Person