



Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Indikation: Alter Beruf Medizinisch Betreuer Sonstige

Ich habe den Inhalt der Aufklärungsmerkblätter und des Anamnesebogens zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen

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

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

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

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Die Einwilligung bezieht sich auch auf Folgeimpfungen. (Widerruf möglich)

Ich habe nach der Impfung Anspruch auf eine ca. 15-minütige Nachbeobachtungszeit (bei allergischer Grundbereitschaft auch länger). Eine Verkürzung der Nachbeobachtungszeit liegt in meiner eigenen Verantwortung.

Anmerkungen _____

Witten, den ____ . ____ 2021

Unterschrift der zu impfenden Person
(bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)

Unterschrift Arzt*In

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) führt eine freiwillige Befragung zur Verträglichkeit der Impfstoffe zum Schutz gegen das neue Coronavirus (SARS-CoV-2) mittels Smartphone-App **SafeVac 2.0** durch.



Google Play App Store



App Store Apple

Weitere Informationen zu COVID-19 und zur COVID-19- Impfung finden Sie unter
corona-schutzimpfung.de - infektionsschutz.de - rki.de/covid-19-impfen - pei.de/coronavirus