

Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Indikation: Alter Beruf Medizinisch Betreuer Sonstige

Ich habe den Inhalt der Aufklärungsmerkmale 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 wünsche den Astra Zeneca Impfstoff und bin über die Risiken informiert

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 _____

Kettwig, 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 Appl