

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