

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen  
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)  
mit mRNA-Impfstoff

I.

2.

Booster

**mit Comirnaty von BioNTech/Pfizer**

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich bin fieberfrei und habe aktuell keine Infektzeichen
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen **nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen).
- Ich bin mit der Impfung gegen Covid-19 mit dem Impfstoff von der Fa. BioNTech/Pfizer einverstanden
- Den aktuellen Aufklärungsbogen des RKI (<https://tinyurl.com/Aufklärungen>) habe ich zur Kenntnis genommen und habe keine weiteren Fragen.**
- Ich nehme einen der folgenden Gerinnungshemmer: Marcumar, Phenpro-Generikum, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lisiana, ASS/Aspirin
- Frauen im gebärfähigen Alter:** Ich bin **nicht vor der 13. Schwangerschaftswoche** schwanger.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit  
der zu impfenden Person:  
Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes