

Anhang zum Aufklärungsmerkblatt „Schutzimpfung gegen COVID-19“

Einverständniserklärung

Angaben zur Patientin / zum Patienten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

AstraZeneca

BionTech

Über die Risiken einer Schutzimpfung gegen Covid-19 wurde ich aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin mit der Durchführung der Impfung mittels derzeit verfügbarem Impfstoff (siehe Ankreuzmöglichkeit) einverstanden.

Unterschrift Patient/in

Datum der Impfung