

# Einwilligungserklärung – Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Mit mRNA-Impfstoffen – Comirnaty JN.1 (30µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Beratungsgespräch mit meinem/r impfenden Apotheker/Apothekerin.**

- habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin/dem Apotheker
- ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Apothekers/der Apothekerin

**Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:  
Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen  
sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin/Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitt auch Namen und Kontaktdaten der zu Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin/Betreuer) angeben:

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

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