

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

---

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER CORONA-IMPfung**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Corona-Impfung mit mRNA-COVID-19-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer oder Moderna) einverstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung. Ein akuter Infekt besteht nicht.

Gerinnungsstörung/Blutverdünnung ja  nein

Allergische Reaktion bei vorherigen Impfungen ja  nein

Sind andere Impfungen in den letzten 14 Tagen erfolgt? ja  nein

Wenn ja, welche Impfung? \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

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

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigten/Sorgeberechtigten