

Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen (5-11 Jahre) gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Sie möchten Ihr Kind impfen lassen. Der impfende Arzt/die impfende Ärztin benötigt dazu die Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern oder anderer Sorgeberechtigten.

Bitte bringen Sie diese Einwilligungserklärung zu Ihrem Impftermin mit.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Name des Elternteils oder der sorgeberechtigten Person	Name des Elternteils oder der sorgeberechtigten Person

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsblattes zur Kenntnis genommen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung meines Kindes gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech ein.

Beide Elternteile bei gemeinsamen Sorgerecht bzw. die Sorgeberechtigten müssen der Impfung zustimmen und die Einverständniserklärung unterschreiben.

Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils/der sorgeberechtigten Person	Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils/der sorgeberechtigten Person
---	---