

Einwilligung

Schutzimpfung gegen COVID 19 (Corona Virus Disease 2019)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum: _____

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: _____

Telefon-Nr. _____ E-Mail: _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagenen Impfung gegen COVID-19 ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen. _____

Ort, Datum _____

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



Dr. med. Rainer Beneke Facharzt für Allgemeinmedizin
Dr. med. Saskia Mährlein Fachärztin für Innere Medizin
Yvonne Heby Fachärztin für Innere Medizin
Alte Bahnhofstraße 10/3, 77933 Lahr
Tel.: 07821/ 38188, Fax: 07821/ 32480