

Einverständniserklärung zur Impfung gegen SARS-CoV-2 (COVID-19)

mit dem Impfstoff von Pfizer/Biontec oder Moderna

Ich wurde, bzw. habe mich selber über die SARS-Cov-2-Impfung informiert (Wirkung, Nebenwirkungen, Risiken). Ich habe dazu auch die schriftliche Patienteninformation erhalten (siehe Anhang). Ich hatte die Gelegenheit mit dem Arzt / der Ärztin Fragen zu klären.

Ich möchte mich impfen lassen.

Ja

Nein

Bewohner/ Bewohnerin:

.....
Name

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Bewohner/in

.....
 Ich bin einverstanden, dass die Impfung durchgeführt wird.

Ich lehne die Impfung ab

Angehörige/ Medizinische Vertretungsperson:

.....
Name

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Vertreter/in