



Einverständniserklärung zur Durchführung Corona-Impfung (Covid 19)

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zur Durchführung der Corona-Impfung mit folgenden Impfstoffen einverstanden:

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna von Moderna)

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

Gerinnungsstörung/Blutverdünnung ja nein

Allergische Reaktion nach einer Impfung ja nein

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

Bisherige Impfungen gegen Covid 19:

Datum _____ Datum _____ Datum _____ Datum _____

Mit folgendem Impfstoff: _____

Geldern, _____

Unterschrift Patient/in, ggf.
Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin / Arzt