

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr	Status
Betriebstätten-Nr	Arzt-Nr.	Datum



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG CORONA-IMPfung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zur Durchführung von der

2.  Corona-Impfung mit mRNA-COVID-19-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer)
3.  Corona-Impfung einverstanden.

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

Gerinnungsstörung/Blutverdünnung ja  nein

Allergische Reaktion nach Erstimpfung? ja  nein

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten ggf.  
Bevollmächtigten/Sorgeberechtigten

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