

Einverständniserklärung zur COVID-19-Schutzimpfung eines Kindes im Alter zwischen 12 und 17 Jahren mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Wir wurden vor der Impfung ausführlich von einem Arzt beraten und uns wurden alle Fragen beantwortet.

Ich bin mit der COVID-19-Schutzimpfung mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer einverstanden:

Name, Vorname, Unterschrift des zu impfenden Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Wir sind mit der COVID-19-Schutzimpfung unseres/meines* Kindes mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer einverstanden.

*Alle Erziehungsberechtigten müssen unterschreiben. Wenn Sie allein erziehungsberechtigt sind genügt selbstverständlich eine Unterschrift. In diesem Fall kreuzen Sie bitte die Checkbox (Ich bin alleinerziehend) an und streichen Sie bitte den Abschnitt **Erziehungsberechtigter 2**.*

Erziehungsberechtigter 1 Ich bin alleinerziehen

Herr/Frau* Name, Vorname, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) des zu impfenden Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigter 2

Herr/Frau* Name, Vorname, Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) des zu impfenden Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:
