

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

**Schutzimpfung gegen COVID-19** (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty von BioNTech/Pfizer oder COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 11. Juni 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon Nr. oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html)

zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen:

Albstadt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

---

## Datenschutzerklärung

Zur Durchführung der Impfung ist es erforderlich, dass ihre persönlichen Daten in unserer Praxissoftware gespeichert werden und Angaben zur Person und durchgeführten Impfung an den Kostenträger weitergeleitet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden

Albstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Praxisklinik im Schlossberg-Center - Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie**

Dr. med. Karl-Peter Bausch

Dr. med. Ulf Haasis

Felix Kischko

Schmiechastraße 50, 72458 Albstadt, [www.ortho-albstadt.de](http://www.ortho-albstadt.de)