

## **Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten** zur Schutzimpfung von Jugendlichen (16-17 Jahre) gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Sie möchten im Impfzentrum geimpft werden und sind 16 oder 17 Jahre alt. Das Impfzentrum benötigt dazu die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten.

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zu Ihrem Impftermin mit.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
Anschrift
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. Mein Kind wird dennoch im Impfzentrum von einem Arzt / Ärztin persönlich aufgeklärt.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung meines Kindes gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech ein.

Ort, Datum, Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten
---