

Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten

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

Sie möchten geimpft werden und sind 16 oder 17 Jahre alt. Dafür ist die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten erforderlich.

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 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 des Elternteils / des Sorgeberechtigten

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|