

Bruchsal, den \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zur Impfung gegen Covid-19**  
**Impfstoff Comirnaty (Fa. BioNTech) oder Spikevax (Fa. Moderna)**

**NAME, GEBURTSDATUM:**

**wohnhaft in:**

Ich wurde zu unten genannter Impfung umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten zu klären sowie weiterführende Informationen zu erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich wurde im Speziellen über folgende Punkte aufgeklärt:

- Umfassende Aufklärung über die zu verhütende Erkrankung und über den Nutzen der Impfung
- Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Impfung, insbesondere über das gehäufte Auftreten von Herzmuskelentzündungen
- Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung, insbesondere ein Sportverbot für ca. 3-4 Tage nach der Impfung
- Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung
- Hinweise zu Auffrischungen
- Es kann sich bei der Zweitimpfung um eine sog. „Kreuzimpfung“ handeln, d. h. die Erstimpfung erfolgte mit einem anderen Vakzin. Somit kann es auch hierbei zu unerwünschten Wirkungen kommen.
- Bei einer Kreuzimpfung verzichte ich ausdrücklich auf eine erneute Aufklärung.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.

Anmerkungen:

- Frühere Impfprobleme / Allergien:
- Patient nimmt Blutverdünner:
- Schwangerschaft:
- Andere Impfung innerhalb der letzten 14 Tage:
- Covid-19-Infektion innerhalb der letzten 4 Wochen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Arzt

Impfung gegen: Covid-19

Handelsname Impfstoff: Comirnaty (Fa. BioNTech) oder Spikevax (Fa. Moderna)