

# Einwilligungserklärung zur „Corona-Schnellimpfung“ in Tiefenbronn/Mühlhausen/ Impftag 04.12.2021

**Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff Comirnaty® von Biontech/Pfizer**

**Die „Schnellimpfung“ führen wir ausschließlich bei Zweit- oder Auffrischimpfungen durch, wenn sie sich bereits ausreichend informiert fühlen und folgendes NICHT vorliegt:**

*Kinder < 18 Jahre, Schwangerschaft, Ohnmachtsanfall oder allergische Reaktion bzw. eine andere schwerwiegende Reaktion bei einer zurückliegenden Impfung. In diesen Fällen sollte eine gesonderte ärztliche Aufklärung erfolgen. **Bitte beachten:** Abstand Zweitimpfung zur Erstimpfung Biontech 3-6 Wochen, **Auffrischimpfungen frühestens 5 Monate** nach Grundimmunisierung (Ausnahme Erstimpfung mit Janssen(Johnson&Johnson): 4 Wochen). Mit ihrer Unterschrift bestätigen sie die Voraussetzungen für diese „Schnellimpfung“ und die weiteren Angaben auf diesem Einwilligungsbogen.*

**Grundsätzlich sollte bei einer Impfung keine akute Erkrankung mit Fieber vorliegen.**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel./Email: \_\_\_\_\_

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

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hätte 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 (Biontech) ein.

Ich leide an einer Erkrankung oder nehme Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen („Blutverdünner“).

Auffrischimpfung (3. bzw „Booster“) oder **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Zweitimpfung (NUR bei Erstimpfung mit Biontech zw. 23.10. - 13.11.21) ggf. Anmerkungen:

Ort, Datum: Tiefenbronn, den 04.12.2021

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Impfteams

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ TelNr: \_\_\_\_\_

Dieser Einwilligungsbogen wurde von den Praxen Richter/Vogel und Giek/Goldfuss in Tiefenbronn erstellt. Angelehnt ist er am Originalbogen vom 04.November 2021 des Deutschen Grünen Kreuz e. V., Marburg welcher in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt wurde und denen wir für ihre wichtige Arbeit ausdrücklich danken möchten. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.