

## **Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen (12-15 Jahre) gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer**

Sie möchten im Impfzentrum geimpft werden und sind zwischen 12 und 15 Jahre alt. Das Impfzentrum benötigt dazu die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten.

Bitte bringen Sie diese Einwilligungserklärung zu Ihrem Impftermin mit.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Name des Elternteils / der sorgeberechtigten Person	Name des Elternteils / der sorgeberechtigten Person

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen.

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

**Beide Elternteile bei gemeinsamen Sorgerecht bzw. die Sorgeberechtigten müssen der Impfung zustimmen und diese Einverständniserklärung unterschreiben!**

Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / der sorgeberechtigten Person	Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / der sorgeberechtigten Person
--	--