

Einwilligung . COVID-Impfung

(mRNA-Impfstoff: Comirnaty oder Spikevax)

Patient: _____, geb.: _____

Ich bin mit der __. Covid-Impfung einverstanden

- JA
- NEIN

Ich wünsche eine nochmalige ärztliche Aufklärung

- JA, wenn ja am: _____ erfolgt durch: _____
Unterschrift Arzt
- NEIN

Ich fühle mich gesund

- JA
- NEIN

Regenstauf, den _____

Unterschrift Patient