

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und
COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 01. April 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) KRATZ DETLEF

Geburtsdatum 14. 05. 1946

Anschrift AM EICHENQUAST 44, 12353 BERLIN

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

☒ Ich habe keine weiteren Fragen.

☒ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab.

☐ Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen _____

Ort, Datum BERLIN, 15/04/21



Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit
der zu impfenden Person:
Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)


Dr. K. Spickermann
FA f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten
Hautzentrum Friedrichshain

Impfzentrum Arena Berlin
Eichenstraße 4
12435 Berlin

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 004 (Stand 01. April 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT

