

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

## Schutzimpfung (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoffen

mRNA

Comirnaty<sup>®</sup>, Comirnaty Original/Omicron BA.1<sup>®</sup>, Comirnaty Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup>  
und Comirnaty Omicron XBB.1.5<sup>®</sup> (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer  
sowie Spikevax<sup>®</sup> Injektionsdispersion (25 µg, 50 µg bzw. 100 µg/Dosis),  
Spikevax bivalent Original/Omicron BA.1<sup>®</sup>, Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup>  
und Spikevax XBB.1.5<sup>®</sup> (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Stand: 5. Oktober 2023

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.

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

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der  
Apothekerin / des Apothekers

**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 / Betreuer)

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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 022 (Stand 5. Oktober 2023)



ROBERT KOCH INSTITUT

