



Impfzentrum Schwalm-Eder

Einverständniserklärung der Eltern/Sorgeberechtigten

**zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren
gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer**

Sie möchten Ihr Kind im Alter zwischen 12 und 15 Jahren im Impfzentrum/durch das mobile Team impfen lassen. Das Impfzentrum benötigt dazu die Einwilligung der Eltern oder Sorgeberechtigten.

Bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung aus.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Wohnort)
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

Ich habe/Wir haben den Inhalt des Aufklärungsbogens zur Kenntnis genommen.

- Ich willige/Wir willigen in die Impfung meines/unseres Kindes gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer ein.
- Ich versichere, dass ich das alleinige Sorgerecht habe.
- Ich versichere, dass alle Sorgeberechtigten mit der Impfung einverstanden sind.

Ort, Datum, Unterschrift der Eltern/der Sorgeberechtigten
