

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR mRNA-IMPfung



## ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname

Geburtsdatum

männlich

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefon

weiblich

Geschlecht

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

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefon

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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 lehne die Impfung ab.

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

Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Spikevax von Moderna

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters

Name Arzt

Unterschrift Arzt

## EINWILLIGUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass in der Praxis Ärzte am Ort - MVZ GmbH, meine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters