

# Einwilligungserklärung

## Schutzimpfung gegen COVID-19 mit



### Vektor-Impfstoff

- Vaxzerivax® (AstraZeneca)
- CoViD-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson)

### mRNA-Impfstoff

- Comirnaty® (Biontech)

Mainbogenpraxis  
Reichsdorfstraße 2  
97526 Sennfeld  
Tel. 09721/75960 Fax 09721/75961919

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und wurde in einem ärztlichen Gespräch ausreichend über den Impfstoff und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt. Eine Kopie des Aufklärungsmerkblattes wurde mir angeboten.

- Ich willige in die Impfung gegen CoViD-19 mit dem o.g. Impfstoff ein
- Die aktuellen Empfehlungen des RKI sind mir bekannt
- Über das Risiko einer Sinusvenenthrombose wurde ich ausreichend aufgeklärt
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mich bei Symptomen, die über eine normale Impfreaktion hinausgehen an die Mainbogenpraxis bzw. den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden kann

Ärztliche Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sennfeld, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt