

## Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten

### zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen (12-15 Jahre) gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Sie möchten im Impfzentrum geimpft werden und sind zwischen 12 und 15 Jahre alt. Das Impfzentrum benötigt dazu die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten.

Bitte bringen Sie diese Einwilligungserklärung zu Ihrem Impftermin mit. Des Weiteren muss Sie eine volljährige Person zu Ihrer Impfung begleiten.

|   |   |
|---|---|
| Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)        |   |
| Geburtsdatum  |   |
| Anschrift   |   |
| Name des Elternteils / der sorgeberechtigten Person | Name des Elternteils / der sorgeberechtigten Person |

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung meines Kindes gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech ein.

**Beide Elternteile bei gemeinsamen Sorgerecht bzw. die Sorgeberechtigten müssen der Impfung zustimmen und diese Einverständniserklärung unterschreiben!**

|   |   |
|---|---|
| Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / der sorgeberechtigten Person | Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / der sorgeberechtigten Person |
|---|---|