



Einverständniserklärung

Name: _____

Geb.: _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen ärztlichen Gespräch. Risiken und Nebenwirkungen sind mir bekannt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Impfung gegen COVID-19 ein

.....
Ort, Datum

Unterschrift