

Einverständniserklärung zur Impfung gegen Covid-19 (5- bis 11-jährig)

Kind:

Vorname: _____

Name: _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort: _____

Geb. Datum: _____

Erziehungsberechtigte Person:

Vorname: _____

Name: _____

Gesundheitsfragen

Ja Nein

• Hatte ihr Kind schwere Nebenwirkungen bei früheren Impfungen?

• Hat ihr Kind bereits eine **COVID-19 Infektion durchgemacht**?

Wenn ja, wann (Testdatum)? _____

Aktueller Gesundheitszustand

• Leidet ihr Kind an einer akuten fieberhaften Erkrankung und Husten?

Einverständniserklärung durch die erziehungsberechtigte Person:

Hiermit bestätige ich, dass wir über die Covid-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ausreichend und in geeigneter Form aufgeklärt wurden, insbesondere über deren Nutzen und Risiken.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich / wir wünschen ein Gespräch mit Ärztin oder Arzt vor Ort: **Ja** / **Nein**