

## Einverständniserklärung zur Booster-Impfung gegen Covid-19 bei 12- bis 15- Jährigen

### Jugendliche(r):

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Strasse Nr. \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte Person:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

---

### Fragen:

• Wann hatte ihr Kind die letzte Impfung? \_\_\_\_\_

• Welcher Impfstoff wurde angewendet? \_\_\_\_\_

---

### Einverständniserklärung durch die erziehungsberechtigte Person:

Hiermit bestätige ich, dass wir einverstanden sind, die Covid-19-**Booster**-Impfung mit dem Pfizer / BioNTech Impfstoff Comirnaty bei unserem Kind durchzuführen.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

**Solothurn, Januar 2022**