

## Einverständniserklärung zur Impfung gegen Covid-19 (12- bis 15-jährig)

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

Strasse Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte Person:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen

Ja    Nein

- Stehst du in engem Kontakt zu besonders gefährdeten Personen?  Ja     Nein
- Leidest du an einer chronischen Erkrankung?  Ja     Nein
- Besteht bei dir eine schwere Immunsuppression/Abwehrschwäche?  Ja     Nein
- Hattest du schwere Nebenwirkungen bei früheren Impfungen?  Ja     Nein
- Besteht bei dir eine Schwangerschaft?  Ja     Nein  
 Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_
- Hast du bereits eine **COVID-19 Infektion durchgemacht**?  Ja     Nein  
 Wenn ja, wann (Testdatum)? \_\_\_\_\_

### Aktueller Gesundheitszustand

- Leidest du an einer akuten fieberhaften Erkrankung und Husten?  Ja     Nein

### Covid-Zertifikat

- Möchtest du ein Covid-Zertifikat erhalten?  Ja     Nein

### Einverständniserklärung durch die impfwillige Person:

Hiermit bestätige ich, dass ich das Dokument «**Factsheet: Impfung gegen Covid-19**» zur Kenntnis genommen habe und die Impfung durchführen lassen will:

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

### Einverständniserklärung durch die erziehungsberechtigte Person:

Hiermit bestätige ich, dass wir über die Covid-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren ausreichend und in geeigneter Form aufgeklärt wurden, insbesondere über deren Nutzen und Risiken. Zusätzlich bestätigen wir, dass die Entscheidung mit genügend Bedenkzeit und ohne Ausübung von Zwang zusammen mit dem Jugendlichen getroffen wurde.

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

Falls **Gespräch mit Ärztin oder Arzt vor Ort**: Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Kommentar:

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