

# Einverständniserklärung zur Corona-Schutzimpfung

Ich/Wir wünsche(n) ausdrücklich die Corona-Schutzimpfung meiner/unserer Tochter bzw. meines/unseres Sohnes

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

mit einem mRNA Impfstoff und erkläre(n) hierzu mein/unser Einverständnis. Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde(n).

Diese Einverständniserklärung gilt auch für Folgeimpfungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)