

# **Einverständnis zur Corona-Schutzimpfung**

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

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

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

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

mit dem Impfstoff von Biontech/Pfizer 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).

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

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

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