

# Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten

**zur Schutzimpfung von Jugendlichen (16-17 Jahre)  
gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer**

Sie möchten geimpft werden und sind 16 oder 17 Jahre alt. Dafür ist die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten erforderlich.

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zu Ihrem Impftermin mit.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
Anschrift
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. Mein Kind wird dennoch von einem Arzt / Ärztin persönlich aufgeklärt.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung meines Kindes gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech ein.

Ort, Datum, Unterschrift des Elternteils / des Sorgeberechtigten

----------------------