



# Einverständniserklärung

## Daten der zu impfenden Person:

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

dass mein Sohn/meine Tochter \_\_\_\_\_

nach erfolgtem ärztlichen Aufklärungsgespräch mit dem Impfstoff von *BionTech-Pfizer* gegen das SARS-CoV2 Virus geimpft werden darf.

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

## Unterschriften:

Erziehungsberechtigter 1\*

Erziehungsberechtigter 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Im Falle eines Sorgerechts für nur einen Erziehungsberechtigten wird Dieses mit der geleisteten Unterschrift bestätigt.