Pfeiffersche Stiftungen

Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen

# Einverständniserklärung für die Impfung von minderjährigen Personen mit einem COVID-19 Impfstoff

**Erklärung der bei der Impfung von unter 16jährigen mit Comirnaty im Impfzentrum des Klinikums in den Pfeifferschen Stiftungen anwesenden Sorgeberechtigten[1]:**

1. Angaben zu den bei der Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch anwesenden Sorgeberechtigten (Sorgeberechtigter 1)

| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| | | |

| Anschrift |
|---|
| |

| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| | | |

| Anschrift |
|---|
| |

2. Angaben zu der oder dem bei der Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch nicht anwesenden Sorgeberechtigten (Sorgeberechtigter 2)

| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| | | |

| Anschrift |
|---|
| |

3. Angaben zu dem zu impfenden Minderjährigen, für den das Sorgerecht besteht

| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| | | |

| Anschrift |
|---|
| |

Bei Anwesenheit nur einer sorgeberechtigten Person Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Ich, Sorgeberechtigter 1, bestätige, dass der Sorgeberechtigte 2 mich ermächtigt hat, auch für ihn eine Einwilligung zur Impfung mit Comirnaty der unter 3. genannten minderjährigen Person zu erklären.

☐ Ich, Sorgeberechtigter 1 erkläre, dass ich für die unter 3. genannte minderjährige Person das alleinige Sorgerecht innehabe und in eine Impfung mit Comirnaty für die unter 3. genannten minderjährigen Person einwillige.

| Ort, Datum | Unterschrift des Sorgeberechtigten |
|---|---|
| | |

[1] **Genderverweis**
Es sind sowohl bei der Verwendung von männlichen und weiblichen Formen, Partizipien und des generischen Maskulinums alle Geschlechter gleichermaßen bezeichnet.