

Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten

zur Schutzimpfung von Minderjährigen gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer

Sie möchten als Minderjähriger im Impfzentrum Burgenlandkreis bzw. von einem mobilen Impfteam des Impfzentrums Burgenlandkreis geimpft werden. Das Impfzentrum Burgenlandkreis benötigt dazu die Einwilligung Ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten.

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zu Ihrem Impftermin mit. **Zur Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch muss mindestens ein Sorgeberechtigter anwesend sein.**

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
Anschrift
Name und Anschrift der Eltern/Sorgeberechtigten Sorgeberechtigter 1: Sorgeberechtigter 2:

- Ich, Herr / Frau, der weitere Sorgeberechtigte von dem o. g. Jugendlichen, übertrage hiermit die Entscheidung über die Impfung gegen COVID-19 dem zur Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch anwesenden Sorgeberechtigten.

_____ 2021
Ort Datum Unterschrift

- Als sorgeberechtigte Person, die zur Impfung und dem Aufklärungsgespräch anwesend ist, erkläre ich, dass ich für die o. g. minderjährige Person das alleinige Sorgerecht inne habe.

_____ 2021
Ort Datum Unterschrift