

Einverständniserklärung

Auffrischungsimpfung 12 bis 17 - Jährige

Hiermit stimme ich

Vorname:

Name:

Geb.Datum:

einer Auffrischungsimpfung mit dem mRNA-Impfstoff COMIRNATY von Pfizer-BioNTech gegen das Corona-Virus zu.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es sich hierbei um eine zulassungsüberschreitende Anwendung (Off-Label-Use) handelt. Diese ist jedoch gedeckt durch die grundsätzliche Zulassung des Impfstoffs durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA). Ich wurde über die sich aus dem Aufklärungsbogen für mRNA-Impfstoffe ergebenden Risiken aber auch über den Nutzen der Auffrischungsimpfung für die Vermeidung einer Erkrankung an Covid-19 oder jedenfalls deren Abmilderung aufgeklärt. Angesichts der von mir geschilderten Folgen der ersten Impfungen hält der mich behandelnde Arzt die Auffrischung für medizinisch vertretbar; deshalb willige ich in die Impfung ein

Ort, Datum

Unterschrift

(bei unter 14-Jährigen oder nicht einwilligungsfähigen Jugendlichen-
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, der damit zugleich erklärt,
für den Mitsorgeberechtigten handeln zu dürfen)