

---

Impfiling: Nachname ,Vorname

---

Geburtsdatum

### **3. Impfung SARS-CoV-2 Sonderaufklärung & Einwilligungserklärung**

#### **Wichtige Informationen zu Ihrer Impfung**

Sie möchten heute auf eigenen Wunsch eine Auffrischungsimpfung SARS-CoV-2 mit einem mRNA-Impfstoff in Anspruch nehmen. Bitte beachten Sie die folgenden Informationen im Zusammenhang mit Ihrer Impfung:

! Derzeit gibt es eine EU-Zulassung für eine Auffrischungsimpfung nur in begrenztem Umfang. Die Impfung erfolgt auf Ihren ausdrücklichen Wunsch unter Berücksichtigung der in der Fachinformation beschriebenen Nebenwirkungen.

! Die Auffrischungsimpfung erfolgt aufgrund der aktuell gültigen STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung sowie entsprechend den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz und Empfehlungen des Land Baden-Württemberg durch Bekanntmachungen des Sozialministeriums.

Falls Sie weitere Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte noch vor der Impfung und Unterschrift dieses Bogens an Ihre Impfärztin/Ihren Impfarzt.

Bei Fragen, Symptomen oder Unklarheiten nach der Impfung kontaktieren Sie bitte Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt. In der Nacht, an Feiertagen und am Wochenende ist der ärztliche Notfalldienst zuständig. Diesen erreichen Sie über die Rufnummer 116 117.

**Ich habe die o.g. Informationen gelesen und verstanden.**

! **Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.**

! **Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.**

Ort, Datum

Unterschrift Impfiling

Stempel/Unterschrift Impfärztin/-arzt