

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Ich habe das Aufklärungsmerkblatt des RKI zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit dem m-RNA-Impfstoff Comirnaty® von BioNTech/Pfizer gelesen und bin mit der Impfung einverstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte auf ein persönliches ärztliches Aufklärungsgespräch.

Datum, Unterschrift