

Name: _____ Geb.: _____

Ich habe das Aufklärungsmerkblatt des RKI zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit einem mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/ Pfizer oder Spikevax® von Moderna) gelesen und bin mit der Impfung einverstanden.

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

Datum, Unterschrift