

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

(Vaxzevria<sup>®</sup>, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca  
und COVID-19 Vaccine Janssen<sup>®</sup> von Johnson & Johnson)

Stand: 01. April 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Die Impfung mit Vaxzevria<sup>®</sup> von AstraZeneca<sup>®</sup> erfolgt im Rahmen der Zulassung durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA), jedoch abweichend von der Altersempfehlung (ab 61.Lj) der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI), nach vorausgehender Risikoaufklärung (insb. Koagulopathien im zeitlichen Zusammenhang mit der Verabreichung der Impfung) und Sicherungsaufklärung (ärztliche Vorstellung bei anhaltenden oder atypischen Beschwerden 4-16 Tage nach der Impfung) sowie auf ausdrücklichen Patientenwunsch.

**Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.**

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit  
der zu impfenden Person:  
Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes