

COVID-19-Auffrischungsimpfung - Verwendung von Impfstoff ohne arzneimittelrechtliche Zulassung (Off Label Use)

Aufklärung und Einwilligung

Hiermit bestätige ich,

(Vorname)

(Name)

(Geburtsdatum)

heute von Frau/Herrn

(Name der Ärztin/des Arztes)

über eine COVID-19-Auffrischungsimpfung gemäß aktuell gültiger Empfehlung des Nationalen Impfgremiums umfassend aufgeklärt worden zu sein.

Dabei kamen insbesondere auch folgende Punkte zur Sprache:

- Empfehlung des Nationalen Impfgremiums
- Verbesserung des Impfschutzes durch eine zusätzliche Impfdosis
- Bedeutung der Verwendung des Impfstoffes ohne arzneimittelrechtliche Zulassung (Off Label Use), Absicherung durch Impfschadengesetz
- Unerwünschte Reaktionen und Nebenwirkungen
- Zusätzliches:

Hiermit erteile ich meine Einwilligung für die COVID-19-Auffrischungsimpfung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, und meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes