



Hausarztpraxis auf der Geist

Telefon: 0251 986220-0  
Fax: 0251 986220-49  
E-Mail: [info@praxis-auf-der-geist.de](mailto:info@praxis-auf-der-geist.de)  
Web: [www.praxis-auf-der-geist.de](http://www.praxis-auf-der-geist.de)

# Einwilligungserklärung Schutzimpfung gegen COVID-19

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name der Vertretungsperson:

Telefonnummer:

**Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes des RKI zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit einem/r Arzt/Ärztin. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Impfung einverstanden.**

Anmerkung:

Münster, den

Unterschrift Patient/in  
Bzw. Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson

---

Unterschrift Arzt/Ärztin