

**Praxis Weitkamp**

Stiftstrasse 82, 32278 Kirchlengern
Tel.: 05223-6543060, Fax: 05223-6537678
www.praxis-weitkamp.de

Einwilligungserklärung zur Impfung gegen COVID19 in der Arztpraxis

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und verstanden.

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige in die Impfung gegen COVID19 ein
- Ich verzichte ausdrücklich auf ein weiteres ärztliches Aufklärungsgespräch

Um einen reibungslosen Ablauf des Impfens zu gewährleisten, ist es nicht möglich, am Impftag ein Aufklärungsgespräch zu führen. Falls vom Patienten gewünscht, ist ein gesonderter Termin für ein ausführliches Aufklärungsgespräch in der Sprechstunde zu vereinbaren.

- Ich wünsche ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor dem Impftermin und werde hierfür einen Termin mit der Praxis vereinbaren

Ort und Datum:

X

.....
Unterschrift Patient

.....
Unterschrift Arzt



Praxis Weitkamp

Stiftstrasse 82, 32278 Kirchlengern
Tel.: 05223-6543060, Fax: 05223-6537678
www.praxis-weitkamp.de

Impfung gegen COVID19 in der Arztpraxis

WICHTIG: Für eine ausreichende Schutzimpfung
müssen Sie 2mal geimpft werden.

Indikation: Alter Sonstiges
 medizinisch
 beruflich

Impfstoff AstraZeneca (Vektor) Moderna (mRNA)
 BioNTech (mRNA) Johnson&Johnson

Zu jeder Impfung bitte mitbringen:

1. Diesen Impfzettel
2. Impfausweis
3. Krankenkassenkarte (GKV)

Sollten Sie diese Unterlagen nicht
vollständig vorlegen, **werden wir Sie
nicht impfen!**

	1. Impfung	2. Impfung
Datum		
Uhrzeit der Impfung		
Aufklärung erfolgt Arzt		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Impffähigkeit festgestellt Arzt		
Einwilligung unterschrieben		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Impfung durchgeführt MFA		
Chargen Nr.		
Dokumentation MFA		
Entlassungsuhrzeit		
Entlassung durch MFA		

Diese Seite wird von der Praxis ausgefüllt!