

Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna) oder mit Vektor-Impfstoff (Vaxzevria von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

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, Vorname	
<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen. | <input type="checkbox"/> Ich lehne die Impfung ab. |
| <input type="checkbox"/> Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit folgendem mRNA-Impfstoff ein. | <input type="checkbox"/> Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit folgendem Vektor-Impfstoff ein. |
| <input type="checkbox"/> Comirnaty® <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna® | <input type="checkbox"/> Vaxzevria <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Janssen® |
| <input type="checkbox"/> Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. | |

Anmerkungen

Ort, Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt

Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von personenbezogenen Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass in der Praxis Ärzte am Werk, Dr. med. Thimm Furian, meine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum	Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters
<input type="text"/>	<input type="text"/>