

Einverständniserklärung zur COVID-19-Impfung bei Kindern von 5 bis 15 Jahren

Name des Kindes

Adresse

Geburtsdatum

Hiermit bestätige ich/ bestätigen wir, dass ich/ wir die aktuellen Informationen und Empfehlungen zur Impfung für Jugendliche zwischen 5 und 15 Jahren gegen COVID-19 der STIKO (zu finden auf der Webseite des RKI unter <https://www.rki.de>) gelesen habe/ haben.

Mit folgender Unterschrift bestätige ich/ bestätigen wir, dass die Impfung gegen COVID-19 ausdrücklich von mir/ uns für oben genanntes Kind gewünscht wird.

Name Erziehungsberechtigte/ r

Mutter

Vater

Unterschrift

Name weiterer Erziehungsberechtigte/ r

Mutter

Vater

Unterschrift