

# Impfung von unter 16jährigen gegen die COVID-19-Krankheit mit Comirnaty

## Erklärung des bei der Impfung anwesenden Sorgeberechtigten

1. Angaben zu den bei der Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch anwesenden Sorgeberechtigten (Sorgeberechtigte zu 1)

Name	Vorname(n)	Geb.-Datum
Anschrift		

Name	Vorname(n)	Geb.-Datum
Anschrift		

2. Angaben zu der/dem bei der Impfung und dem damit verbundenen Aufklärungsgespräch **nicht** anwesenden Sorgeberechtigten (Sorgeberechtigte/r zu 2)

Name	Vorname(n)	Geb.-Datum
Anschrift		

3. Angaben zu der/dem zu impfenden Minderjährigen, für die/den das Sorgerecht besteht

Name	Vorname(n)	Geb.-Datum
Anschrift		

Bei Anwesenheit nur eines Sorgeberechtigten Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich, Sorgeberechtigte/r zu 1, bestätige, dass die/der Sorgeberechtigte zu 2 mich ermächtigt hat, auch für sie/ihn eine Einwilligung zur Impfung mit Comirnaty der unter 3. genannten minderjährigen Person zu erklären.
- Ich, Sorgeberechtigte/r zu 1 erkläre, dass ich für die unter 3. genannte minderjährige Person das alleinige Sorgerecht inne habe.

----- Ort, Datum
---------------------

----- Unterschrift der/des Sorgeberechtigten zu 1
--