

Einwilligungserklärung für Impfungen gegen COVID-19 von Kindern ab 5 Jahren

Für eine Impfung von Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren gegen COVID-19 ist entsprechend der Empfehlung der ständigen Impfkommission (STIKO) eine ärztliche Beratung und Aufklärung erforderlich. Grundlage ist dabei das aktuelle Aufklärungsmerkblatt des rki:
<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html>

Für Kinder zwischen 5 bis 11 Jahren ist eine Einwilligung der sorgeberechtigten Personen erforderlich. Mit der Unterschrift auf dieser Einwilligungserklärung wird in die Impfung der nachfolgenden minderjährigen Person eingewilligt.

Bei Unterschrift nur einer sorgeberechtigten Person bestätigt diese, dass die Zustimmung der anderen sorgeberechtigten Person eingeholt wurde.

Impfberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

1. Sorgeberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ort, Datum	
Unterschrift sorgeberechtigte Person	

2. Sorgeberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ort, Datum	
Unterschrift sorgeberechtigte Person	

2. Seite beachten!

Vorgeschichte:

	Ja	Nein
1. Besteht bei Ihrem Kind derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist Ihr Kind in den letzten 14 Tagen geimpft worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Wurden Ihr Kind bereits gegen COVID-19 geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Wenn ja: Sind ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde bei Ihrem Kind in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen oder leidet es an einer Immunschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leidet Ihr Kind an einer Blutgerinnungsstörung oder nimmt es blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Traten bei Ihrem Kind nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>