

Einverständniserklärung zur Covid-19-Impfung bei Jugendlichen unter 18 Jahren

Name des Kindes

Geb. Datum

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

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

Name Sorgeberechtigter

Mutter Vater _____

Unterschrift

Name weiterer Sorgeberechtigter

Mutter Vater -----