

Prof. Dr. med. Klaus Peter Westphal

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Neuer Graben 21, 89073 Ulm

Telefon (0731) 66199 Fax (0731) 66169

Einwilligungserklärung zur Dritt-Impfung

Zur Verabreichung des mRNA Covid-Impfstoffes **Comirnaty (Biontech/Pfizer)**

Vor-und Nachname:

Geburtsdatum:

Das ausführliche Aufklärungsmerkblatt wurde mir bei den ersten Impfungen ausgehändigt.

Datum der Zweitimpfung:

Ich hatte nach den ersten Impfungen folgende Nebenwirkungen:

Ich bin mit der Verabreichung der 3. Impfung einverstanden.

Ich verzichte auf ein (erneutes) ärztliches Aufklärungsgespräch.

Ich habe noch Fragen und möchte diese mit dem zuständigen Arzt/Ärztin besprechen.

Ulm, den _____

Unterschrift