

**Prof. Dr. med. Klaus Peter Westphal**

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Neuer Graben 21, 89073 Ulm

Telefon (0731) 66199 Fax (0731) 66169

---

**Einwilligungserklärung zur Zweitimpfung**

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

Vor-und Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Das ausführliche Aufklärungsmerkblatt wurde mir bei der ersten Impfung ausgehändigt.

Ich hatte nach der ersten Impfung folgende Nebenwirkungen:

---

---

Ich bin mit der Verabreichung der 2. Impfung einverstanden.

Ich verzichte auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch.

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

Ulm, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift