

Nach-, Vorname, Adresse

Geburtsdatum:

männlich  weiblich  divers

## Impfbescheinigung

Certificate of vaccination

Zur Schutzimpfung gegen

**COVID-19**

(Corona Virus Disease 2019)

Tel:

### Impfereinheit des Kreises Borken

#### Verwendeter Impfstoff:

Comirnaty (Biontech/Pfizer)  Spikevax (Moderna)  Nuvaxovid (Novavax)

	Impfung Nr. ____
Ort der Impfung (Stempel)	
Datum / Uhrzeit der Impfung	
Chargenbezeichnung (Etikett, wenn vorhanden)	
Unterschrift Arzt	

#### Einwilligungserklärung

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.
- Ich lehne die Impfung ab

Anmerkungen:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin /des Arztes

Allgemeiner Hinweis gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG): Bei schweren Beeinträchtigungen nach der Impfung wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Er ist, falls der Verdacht auf eine gesundheitliche Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diese dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das Gesundheitsamt.

Allgemeiner Hinweis zum Schutz Ihrer Daten: Ihre Daten werden gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 b) für die gesetzlich vorgeschriebene Impfdokumentation verarbeitet und weitergeleitet. Ausführliche Datenschutzhinweise finden Sie unter [www.kreis-borken.de](http://www.kreis-borken.de)