



Einverständniserklärung zur Covid-19-Impfung bei Kindern und Jugendlichen von 5-17 Jahren

Name, Vorname des Kindes oder Jugendlichen

Geb. Datum

Für eine Impfung von Kindern und Jugendlichen von 5 bis 17 Jahren ist entsprechend der Empfehlung der ständigen Impfkommission (STIKO) eine ausführliche medizinische Beratung und Aufklärung der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Sorgeberechtigten durch eine Kinder- und Jugendärztin oder einen Kinder- und Jugendarzt, sowie eine Einwilligung beider sorgeberechtigten Personen erforderlich.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Impfung meines Kindes ein und bestätige, die aktuellen Informationen und Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung für Kinder und Jugendliche zwischen 5-17 Jahren gegen COVID-19 auf den Seiten des Robert Koch Institutes (www.rki.de), sowie auf den Seiten der kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de/html/covid-19-impfung.php) gelesen zu haben.

Ich bestätige, dass die Impfung gegen COVID-19 ausdrücklich von mir für mein oben genanntes Kind gewünscht wird, auch wenn bisher keine ausdrückliche Empfehlung der STIKO für eine Impfung gesunder Kinder von 5 bis 11 Jahren ohne Vorerkrankungen vorliegt. Es liegen nach Rücksprache mit dem betreuenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt des Kindes keine Kontraindikationen gegen diese Impfung vor.

Ich bestätige durch meine Unterschrift auch die Zustimmung eines etwaig weiteren Erziehungsberechtigten.

Name, Vorname Erziehungsberechtigter

Unterschrift