

## Erklärung Betreuer/Betreuerin/Vorsorgebevollmächtigte über die Auffrischung gegen Covid-19 mit einem mRNA-Impfstoff

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, **Tel./Mobil-Nr.**, E-Mail-Betreuer\*in oder vorsorgebevollmächtigte Person

bin gesetzlicher Betreuer\*in/vorsorgebevollmächtigte Person von:

\_\_\_\_\_  
Name, Geb.-Datum betreute/vertretene Person

und zur Betreuung/Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten berechtigt. Eine Kopie des Aufklärungsbogens sowie des Anamnese-Fragebogens des Deutschen Grünen Kreuzes e.V. in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut (Stand: \_\_\_\_\_) liegt mir vor und ich habe den Inhalt zur Kenntnis genommen.

**SOFERN DIE IMPFUNG ERFOLGEN SOLL – SIND ALLE ABSCHNITTE AUSZUFÜLLEN UND ZU UNTERSCHREIBEN danach bitte umgehend an die Einrichtung zurücksenden!**

### Abschnitt 1: Einwilligungsfähigkeit

Die vorgenannte Person ist hinsichtlich der Entscheidung über die Schutzimpfung gegen Covid-19 mit einem zugelassenen Impfstoff (zutreffendes ankreuzen)

**selbst einwilligungsfähig**, d.h. in der Lage, bei einer adressatengerechten Ansprache und einer entsprechenden Unterstützung, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken einer Schutzimpfung gegen COVID-19 zu erfassen und ihren Willen hiernach zu bestimmen. Die Einwilligung zuder Schutzimpfung darf daher alleine die zu impfende Person erteilen

⇒ **Es müssen keine weiteren Fragen beantwortet werden. Auf dieser Seite unterschreiben und Formular zurücksenden.**

**selbst nicht einwilligungsfähig**, d.h. nicht in der Lage, Art, Bedeutung, Tragweite und Risikeneiner Schutzimpfung gegen COVID-19 zu erfassen und ihren Willen hiernach zu bestimmen. Die Entscheidung über eine Einwilligung muss daher von mir getroffen werden.

⇒ **Auf dieser Seite unterschreiben und weiter mit Abschnitt 2**

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Abschnitt 2: Einwilligung Auffrischimpfung** – bitte nur eine Option wählen

Hinsichtlich der Schutzimpfung gegen COVID-19 mit einem mRNA-Impfstoff gebe ich für die von mir betreute bzw. vertretene Person folgende Erklärungen ab:

### **Option 1: Einwilligung vorbehaltlich Anamnese durch Impfarzt/Impfärztin**

- Ich habe die Informationen in den vorstehend genannten Unterlagen zur Kenntnis genommen. Soweit ich Fragen hatte, konnte ich diese mit einem Arzt/einer Ärztin besprechen. Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung und **verzichte auf ein weiteres Aufklärungsgespräch mit einem Arzt/einer Ärztin aus dem Impf-team**. Ich willige ein, dass ein/e **Mitarbeiter\*in der Einrichtung** die vorgenannte Person zur Schutzimpfung gegen COVID-19 begleitet und über für die **Anamnese** relevante Umstände, insbesondere Vorerkrankungen, informiert. Ich entbinde die beteiligten Ärzt\*innen und Mitarbeitenden des Impfzentrums so wie die Mitarbeitenden der Einrichtung insoweit von ihrer jeweiligen Schweigepflicht. Ich erteile die **Einwilligung zur Impfung** der von mir vertretenen Person unter dem **Vorbehalt** zu, dass von der **impfenden Ärztin/dem impfenden Arzt keine Umstände festgestellt werden, die nach ihrer/seiner Einschätzung gegen die Durchführung der Impfung sprechen**.

⇒ **Auf dieser Seite unterschreiben und weiter mit Abschnitt 3**

### **Option 2: Aufklärung und Anamnese durch andere/n Arzt/Ärztin ist erfolgt**

- Ich wurde am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
Datum Name d. aufklärenden Arztes/der aufklärenden Ärztin

über die Schutzimpfung gegen Covid-19 mit einem zugelassenen Impfstoff aufgeklärt und hatte Gelegenheit, meine Fragen im Hinblick auf die Impfung der von mir betreuten Person auch im Hinblick auf ihre Vorerkrankungen zu stellen; weitere Fragen bestehen nicht. Ich **verzichte auf ein weiteres Aufklärungsgespräch mit einem Arzt/einer Ärztin aus dem Impfteam und willige in die Impfung** der von mir vertretenen Person ein. **Aufklärungs- und Anamnesebogen sind ausgefüllt und unterschrieben beigelegt**. Für Rückfragen soll wie folgt verfahren werden:

- Ich **willige ein**, dass **Rückfragen zu Gesundheitsthemen** seitens der impfenden Ärztin/dem impfenden Arzt durch die Mitarbeitenden der Einrichtung beantwortet werden.
- Für Rückfragen bin ich am Impftag unter folgender Rufnummer erreichbar  
\_\_\_\_\_

⇒ **Auf dieser Seite unterschreiben und weiter mit Abschnitt 3**

### **Option 3: Aufklärung durch Arzt/Ärztin des mobilen Impfteams**

- Ich wünsche ein **Aufklärungsgespräch** mit einem Arzt/einer Ärztin des mobilen Impfteams und bin unter der folgenden Rufnummer erreichbar: \_\_\_\_\_

⇒ **Auf dieser Seite unterschreiben und weiter mit Abschnitt 3**

### **Option 4: Keine Einwilligung in Impfung**

- Ich willige in die Impfung der von mir vertretenen Person **nicht** ein.

⇒ **Auf dieser Seite unterschreiben und weiter mit Abschnitt 3**

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Abschnitt 3: Einwilligung in Datenweitergabe Impfzentrum und Datenverarbeitung**

Ich willige ein, dass die Einrichtung meine oben genannten Kontaktdaten sowie den Namen und Geburtsdatum der von mir vertretenen Person zum Zweck der Durchführung der Aufklärung und Beratung an das zuständige Impfzentrum weiterleitet und diese Daten im Impfzentrum gespeichert werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift