# Einverständniserklärung zur Impfung gegen covid-19

Ich, der/die Unterzeichnende, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

bestätige, dass ich als gesetzliche:r Vertreter:in[[1]](#footnote-1) handle und das Impfzentrum autorisiere mein Kind gegen COVID-19 zu impfen.

Angaben des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Notfall können Sie mich auf folgenden Wegen erreichen:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters /Vertreterin:

1. Mit der Unterschrift bestätigt der/die gesetzliche Vertreter(in), dass er/sie auch im Namen und für Rechnung des/der anderen gesetzlichen Vertreters/Vertreterin des Kindes handelt. Die erteilte Zustimmung gilt als gemeinsame Zustimmung gemäß Artikel 372 des Bürgerlichen Gesetzbuchs im Falle der gemeinsamen elterlichen Sorge. [↑](#footnote-ref-1)