

Einverständniserklärung zur Covid-19-Impfung bei Kinder von 12- 15 Jahren

Name des Kindes

Geb. Datum

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir, dass ich / wir die aktuellen Informationen und Empfehlungen zur Impfung für Jugendliche zwischen 12-15 Jahren gegen COVID-19 der STIKO (zu finden auf der Webseite des RKI unter: <https://www.rki.de>) gelesen habe / haben. Mit der folgenden Unterschrift bestätige ich / wir, dass die Impfung gegen COVID-19 ausdrücklich von mir / uns für oben genanntes Kind gewünscht wird.

Vater

Mutter

Name Erziehungsberechtigter

Unterschrift

Vater

Mutter

Name weiterer Erziehungsberechtigter

Unterschrift