

Erklärung Betreuer/Betreuerin /Vorsorgebevollmächtigte über die Schutzimpfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoff

Ich,

Name, Anschrift, 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 ABSCHNITTE 1, 2, 3, ggf. 4 AUSZUFÜLLEN!
--

Abschnitt 1: Einwilligungsfähigkeit

Die vorgenannte Person ist hinsichtlich der Entscheidung über die Schutzimpfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoff

- 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 zu der Schutzimpfung darf daher alleine die zu impfende Person erteilen

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

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

⇒ **Weiter mit Abschnitt 2 (Einwilligung Impfung 1. Impfdosis)**

Datum

Unterschrift

Abschnitt 2: Einwilligung Impfung (1. Impfdosis, bitte 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 Aufklärungsgespräch mit einem Arzt/einer Ärztin aus dem Impfteam**. 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 sowie 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**.

⇒ **Weiter mit Abschnitt 3 (Einwilligung zweite Impfdosis)**

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 mRNA-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 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 beigefügt**. 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

⇒ **Weiter mit Abschnitt 3 (Einwilligung zweite Impfdosis)**

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: _____

⇒ **Weiter mit Abschnitt 4 (Einwilligung Datenweitergabe Impfzentrum)**

Option 4: Keine Einwilligung in Impfung

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

Datum

Unterschrift

Abschnitt 3: Einwilligung Impfung (2. Impfdosis)

(Nur auszufüllen, wenn in Abschnitt 2 (Einwilligung Impfung) Option 1 oder Option 2 gewählt wurde; Abschnitt 4 muss in diesen Fällen nicht ausgefüllt werden)

Option 1: Einwilligung, sofern keine unüblichen Impfreaktionen eingetreten sind

- Unter dem Vorbehalt, dass nach der ersten Dosis **keine unüblichen Impfreaktionen** auftreten, die aus Sicht der impfenden Ärztin/des impfenden Arztes eine neuerliche Risikoabwägung angezeigt erscheinen lassen, **willige ich** in die Verabreichung der **zweiten Impfdosis** gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut **ein**. Ich willige ein, dass ein/e **Mitarbeiter*in der Einrichtung** das mobile Impfteam **über etwaige Impfreaktionen** und den aktuellen Gesundheitszustand der von mir vertretenen Person im Zeitpunkt der zweiten Impfung **informiert**. Ich entbinde die beteiligten Ärzt*innen und Mitarbeitenden des Impfzentrums sowie die Mitarbeitenden der Einrichtung insoweit von ihrer jeweiligen Schweigepflicht.

Option 2: Erneute Einwilligung vor 2. Impfdosis

- Für die Verabreichung der zweiten Impfdosis soll in jedem Fall eine gesonderte Einwilligung bei mir eingeholt werden.

Datum

Unterschrift

Abschnitt 4: Einwilligung in Datenweitergabe Impfzentrum und Datenverarbeitung

(Nur auszufüllen, wenn in Abschnitt 2 (Einwilligung Impfung) Option 3 gewählt wurde; dieser Abschnitt bleibt in der Einrichtung)

Ich willige ein, dass die Einrichtung meine Kontaktdaten (Name, Rufnummer) sowie den Namen 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

Unterschrift