

Einverständnis zu einer COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoff

Hiermit gebe ich

NAME, VORNAME _____,

Erziehungsberechtigte/r bzw. Sorgeberechtigte/r für

NAME, VORNAME _____,

geb. am _____ mein Einverständnis zu einer COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoff.

Ort, Datum

Unterschrift