|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung für COVID-19-Impfung mit XBB.1.5-angepassten Impfstoffen (Herbst 2023) – für betreute Personen** |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Impfstoff:** |
| Spikevax® XBB.1.5 von Moderna |
| Comirnaty® Omicron XBB.1.5 von Pfizer/BioNTech |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Person (Patient / Impfling)** | |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geschlecht |  |
| Geburtsdatum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Institution:** | |
| Name Institution |  |
| Adresse Institution |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefonnr. Institution |  |

|  |
| --- |
| Ich wurde, bzw. habe mich selber über die COVID-19-Impfung mit den neuen XBB.1.5-ange­passten Impfstoffen informiert (Wirkung, Nebenwirkungen, Risiken). Ich habe dazu auch die schriftliche Patienteninformation erhalten und verstanden (siehe Anhang: «Factsheet»). Ich hatte ausreichend Gelegenheit mit dem Arzt / der Ärztin Fragen zu klären. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antwort Bewohnerin / Bewohner:**  **Ich möchte mich impfen lassen** | |
| Ort, Datum |  |
| Unterschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antwort Angehörige / Medizinische Vertretungsperson:**  **Ich bin einverstanden, dass die Impfung durchgeführt wird** | |
| Name, Vorname |  |
| Ort, Datum |  |
| Unterschrift |  |

Anhang: «Factsheet»