|  |
| --- |
| **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»