

Einwilligung zur COVID-19-Schutzimpfung

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▶ Ich wünsche ein ärztliches Aufklärungsgespräch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Ich willige zur COVID-19-Schutzimpfung ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Lampertheim, der _____

Datum, Unterschrift