

Einverständniserklärung Impfung gegen SARS-CoV2

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wir sind verpflichtet, Sie über die Impfung auch schriftlich aufzuklären und auch hinzuweisen, dass die Durchführung der Impfung **freiwillig** ist.

Falls Sie einen Termin zur Impfung im MediZentrum Messen erhalten haben, erfolgt die Impfung mit dem Impfstoff mRNA-1732 der Firma Moderna in zwei Dosen mit Abständen von mind. 28 Tagen.

Nach heutigem Wissensstand ist zu sagen, dass die Wirkung (= Schutz vor schweren Verläufen einer Corona-Erkrankung) den Impf-Nebenwirkungen ganz klar überwiegen.

Wir als Ihre Hausärzte empfehlen Ihnen die Impfung durchzuführen.

Bekannte Nebenwirkungen dieser Impfung sind: Lokale Schwellung an Einstichstelle, Gliederschmerzen, Müdigkeit, Kopfschmerzen oder selten Fieber über wenige Tage und sehr selten allergische Reaktionen.

Mit der untenstehenden Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis zu den zwei Impfungen und habe keine weiteren Fragen.

Messen, _____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Bei Fragen oder Unklarheiten sind wir gerne für Sie da.

Ihr Ärzteam vom MediZentrum Messen,

*Dr. med. Christoph Rey
Dr. med. Claudia Engesser
Dr. med. Karin Wetzel
Dr. med. Joëlle Raschle
Dr. med. Matthias Stuck
Dr. med. Stephan Stieger*