

Einwilligung zur Zweitimpfung Covid 19

Name, Vorname:

geboren am:

- Ich habe die erste Impfung gut vertragen.
- Ich hatte seit der 1. Impfung keine Corona-Infektion.
- Ich hatte in den letzten 14 Tagen kein Fieber.
- Ich habe in den letzten 14 Tagen keine andere Impfung bekommen.

- Ich bin mit der 2. Covid 19- Impfung einverstanden

Datum:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt