Einverständniserklärung zur Covid-19-Impfung bei Kinder von 16-18 Jahren

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Name des Kindes Geb. Datum

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir, dass ich / wir die aktuellen Informationen und Empfehlungen zur Impfung für Jugendliche zwischen 16-18 Jahren gegen COVID-19 der STIKO (zu finden auf der Webseite des RKI unter: https://www.rki.de) gelesen habe / haben.
Mit der folgenden Unterschrift bestätige ich / wir, dass die Impfung gegen COVID-19 ausdrücklich von mir / uns für oben genanntes Kind gewünscht wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mutter  Vater
Name Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Unterschifft