

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Impfperson

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Nur falls vorhanden/nötig: Erziehungs-/sorgeberechtigte Person

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit der auf Corona 123 genannten Daten.

Zudem bestätige ich, dass ich ausreichend aufgeklärt wurde und mit der Durchführung der Impfung einverstanden bin. Auf mögliche Risiken gemäss der Herstellerfirmen sowie von Swissmedic als auch dem Fact Sheet BAG wurde ich hingewiesen. Auch auf die Möglichkeit einer Herzmuskelentzündung vor allem bei jüngeren männlichen Personen wurde ich hingewiesen. Des Weiteren bin ich mit der verschlüsselten Übermittlung gemäss den gesetzlichen Vorgaben an die vorgegebenen Instanzen und Behörden einverstanden. Auf die der Hausarztpraxis bekannten involvierten Middleware Firmen bluecare, healthinal (Anmeldeplattform), TMR (Praxissoftware) und HIN (Verschlüsselung und Akkreditierungsprozess) wurde ich hingewiesen.

Ort

_____/_____/_____

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungs-/sorgeberechtigte Person

Bei unter 18 Jährigen zusätzlich Unterschrift Impfling