# **Einverständniserklärung zur Impfung gegen SARS-CoV-2 (COVID-19): speziell für Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 11 Jahren**

mit dem Impfstoff von Pfizer/Biontec

Kinder zwischen 5 und 11 Jahren werden nur in Begleitung eines gesetzlichen Vertreters geimpft.

**Angaben zu der zu impfenden Person:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vacme Code ZRH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natel-Nr auf die das
Zertifikat geliefert wird \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatte bereits Corona: **⬜** Ja **⬜** Nein Datum genesen:

Heute gesund: **⬜** Ja **⬜** Nein

Falls bereits eine Infektion stattgefunden hat, braucht mein Kind gemäss EKIF keine Impfung. Ich kann mein Kind trotzdem impfen, sofern die Infektion mehr als 4 Wochen zurückliegt. Ich bestätige mit untenstehender Unterschrift, mit dem «off-label» use einverstanden zu sein.

**Angaben zur gesetzlichen Vertretung:**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natel-Nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich als gesetzliche Vertretung der/des obgenannten Kindes/Jugendlichen, dass ich und die zu impfende Person über die Covid-19-Impfung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 11 Jahren ausreichend aufgeklärt wurden, insbesondere über deren Nutzen und Risiken. Mit meiner Unterschrift erteile ich nach Rücksprache und im Einverständnis mit einer allfälligen weiteren gesetzlichen Vertretung und der/dem obgenannten Kinder die Einwilligung in deren/dessen Covid-Impfung bei Swiss Medi Kids:

*………………………………………… ………………………………………*

*Ort / Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung*