

# COVID-19-Auffrischungsimpfung - Verwendung von Impfstoff ohne arzneimittelrechtliche Zulassung (Off Label Use)

## Aufklärung und Einwilligung

Hiermit bestätige ich,

---

*(Vorname)*

*(Name)*

*(Geburtsdatum)*

heute von Frau/Herrn

---

*(Name der Ärztin/des Arztes)*

über eine COVID-19-Auffrischungsimpfung gemäß aktuell gültiger Empfehlung des Nationalen Impfgremiums umfassend aufgeklärt worden zu sein.

Dabei kamen insbesondere auch folgende Punkte zur Sprache:

- Empfehlung des Nationalen Impfgremiums
- Verbesserung des Impfschutzes durch eine zusätzliche Impfdosis
- Bedeutung der Verwendung des Impfstoffes ohne arzneimittelrechtliche Zulassung (Off Label Use), Absicherung durch Impfschadengesetz
- Unerwünschte Reaktionen und Nebenwirkungen
- Zusätzliches:

Hiermit erteile ich meine Einwilligung für die COVID-19-Auffrischungsimpfung. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, und meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift der zu impfenden Person*

---

*Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes*