

Hausarztpraxis Sonnenhof

Dr. med. Fabian Treusch
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologe
Notfall-, Ernährungs-, Reisemediziner

Paul-Löbe-Str. 5
75180 Pforzheim
☎ 07231 73232
📞 07231 765137

E-✉ info@arztpraxistreusch.de
🌐 www.arztpraxistreusch.de

Einwilligungserklärung zur COVID-19-Auffrischimpfung trotz fehlender STIKO-Empfehlung

(Vollständiger Name des Patienten/der Patientin)

(Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Hiermit willige ich ein, von Herrn Dr. Fabian Treusch eine COVID-19-Auffrischimpfung mit einem mRNA-Impfstoff zu erhalten, obwohl hierfür derzeit keine Empfehlung der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) vorliegt. Ich bin mir der folgenden Tatsachen bewusst:

- Ein positives Nutzen-/Risikoverhältnis einer Auffrischimpfung mit den derzeit zur Verfügung stehenden Impfstoffen ist in meinem Fall nach Ansicht der STIKO nicht belegt.
- Die verwendeten Impfstoffe sind derzeit nur für zwei Impfdosen durch die europäische Arzneimittelagentur EMA bedingt zugelassen („Notfallzulassung“).
- Für eine dritte Impfdosis (Auffrischimpfung) besteht derzeit keine Zulassung durch die europäische Arzneimittelagentur EMA.
- Für eventuell auftretende Impfschäden unabhängig vom Zeitpunkt deren Auftretens kann Herr Dr. Treusch nicht verantwortlich gemacht werden.

Ich treffe die Entscheidung zur Auffrischimpfung freiwillig aus eigener Initiative und nicht aufgrund einer Empfehlung von Herrn Dr. Treusch.

Ich wünsche die Impfung mit dem Impfstoff (bitte ankreuzen):

- Spikevax® (Hersteller: Moderna)
- Comirnaty® (Hersteller: BioNTech/Pfizer)

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Erziehungsberechtigte(r) bei Minderjährigen)