



Kinder- und Jugendpraxis Dr Nowakowski • Godesberger Str. 7 • 53639 Königswinter

## ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG

betreffend

COVID-19-IMPfung für Kinder und Jugendliche

mit dem mRNA-Impfstoff Comirnaty® 10 µg und 30 µg von ®BioNTech / Pfizer

Tag der Impfung:

Name des Jugendlichen:

Alter:

Vorerkrankungen:

Hiermit bestätige/n ich/wir, von Herrn Dr. Nowakowski/Frau Dr. Volz, ergänzend zu den mir/uns vorliegenden Unterlagen zur COVID19-Impfung (Aufklärungsmerkblatt mRNA-Impfstoff, Anamnese, Einwilligungserklärung), über folgende Themen verständlich und umfassend aufgeklärt worden zu sein:

**1. Hinweise auf mögliche lokale und allgemeine Impfreaktionen:** typischerweise innerhalb von 2 Tagen nach der Impfung: z.B. Schmerzen an der Einstichstelle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Schüttelfrost, Gelenkschmerzen und Fieber. Hinweise auf Behandlungsmöglichkeiten mit Allgemeinmassnahmen (körperliche Schonung, Kühlung der Impfstelle, ausreichend Flüssigkeit), sowie schmerzlindernde und fiebersenkende Medikamente.

**2. Hinweise auf bisher bekannte Impfkomplicationen:** selten akute Gesichtslähmung, selten Überempfindlichkeitsreaktionen wie Nesselsucht und Gesichtsschwellung, sehr selten anaphylaktische Reaktion (allerg. Schock) sofort nach der Impfung, sowie sehr selten Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung. Hinweise auf klinische Zeichen der Peri-/Myokarditis: wie Brustschmerzen, schmerzhafter Husten, Fieber, Abgeschlagenheit, ungewöhnlich schneller, angestrenzter, kräftiger oder unregelmäßiger Herzschlag.

**3. Nachfragen grundsätzlicher oder spezieller Art hierzu:**

---

Ich/Wir habe/n keine weiteren Fragen und wir wünschen ausdrücklich dass unser Kind die COVID-19-Impfung erhält.

Königswinter, den

---

Unterschrift/n des/r Sorgeberechtigten

## Einwilligungserklärung für Impfungen gegen COVID-19 von Kindern ab 5 Jahren

Für eine Impfung von Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren gegen COVID-19 ist entsprechend der Empfehlung der ständigen Impfkommission (STIKO) eine ärztliche Beratung und Aufklärung erforderlich. Für Kinder zwischen 5 bis 11 Jahren ist eine Einwilligung der sorgeberechtigten Personen erforderlich. Mit der Unterschrift auf dieser Einwilligungserklärung wird in die Impfung der nachfolgenden minderjährigen Person eingewilligt. Bei Unterschrift nur einer sorgeberechtigten Person bestätigt diese, dass die Zustimmung der anderen sorgeberechtigten Person eingeholt wurde.

### Impfberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

### 1. Sorgeberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ort, Datum	
Unterschrift sorgeberechtigte Person	

### 2. Sorgeberechtigte Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ort, Datum	
Unterschrift sorgeberechtigte Person	