

**ERGÄNZENDE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR COVID-19-IMPfung
MIT DEM VEKTORIMPfSTOFF VAXZEVRIA® VON ASTRAZENECA
(EHEMALS COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA)**

Angaben zur Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Personalnummer	

Ich bestätige, dass mir die COVID-19-Impfempfehlung der STIKO zum Einsatz der COVID-19 Vaccine von Vaxzevria® von AstraZeneca bekannt ist:

Basierend auf der momentanen Datenlage empfiehlt die STIKO im Regelfall die Impfung mit der COVID-19 Vaccine AstraZeneca nur Menschen im Alter ≥ 60 Jahre. Für Erwachsene unterhalb dieser Altersgrenze empfiehlt die STIKO die Impfung mit diesem Impfstoff aktuell nicht, da es in einigen seltenen Fällen, und zwar ganz überwiegend bei Personen in einem Alter unter 60 Jahren, zu schweren Erkrankungen kam (siehe *Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoffen*).

Der Einsatz der COVID-19 Vaccine Vaxzevria® von AstraZeneca für eine erste oder zweite Impfstoffdosis unterhalb dieser Altersgrenze bleibt indes nach **ärztlicher Aufklärung** und bei **individueller Risikoakzeptanz** durch die zu impfende Person möglich.

Nach erfolgter sorgfältiger und umfassender Aufklärung einschließlich der Beratung zu Behandlungsalternativen durch die/den Impfärztin/Impfarzt sowie eingehender Risiko-Nutzen-Abwägung erkläre ich meinen Willen, die Impfung mit dem Vektorimpfstoff Vaxzevria® von AstraZeneca zu erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu impfenden Person

.....
Vorname, Name der Impfärztin / des Impfarztes (Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift