

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Astrid Lueg - Dorothea Funke  
Ärztinnen für Innere Medizin - Palliativmedizin  
Ernährungsmedizin (BFD)  
Königstrasse 33, 50321 Brühl,  
Tel.: 02232-945870, Fax: 02232-9458720  
www.hausarzt-koenig33.de

---

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Schutzimpfung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_

Es soll folgende Impfung durchgeführt werden:

**Covid-19 mRNA-Impfung:**

- 2. Comirnaty, Biontech/Pfizer
- 3. Comirnaty, Biontech/Pfizer

**Covid-19 mRNA-Impfung:**

- 2. Spikevax, Moderna
- 3. Spikevax, Moderna

Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Impfung ein.  
Ich habe keine weiteren Fragen und wurde bereits aufgeklärt.

Brühl, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_