



## Haftungsausschluss (Stand September 2023)

### Impfung mit Comirnaty von BioNTech/Pfizer

---

Name des Impflings

---

Geburtsdatum

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Impfstoffe Comirnaty Original/Omicron BA.4/5® und Comirnaty Original BA1; Comirnaty Original/Omicron BA.4/5® und Comirnaty® 30 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5 von BioNTech/Pfizer gegen Wildtyp und Omicronvarianten gemäß STIKO nur für bestimmte Alters- und Risikogruppen empfohlen sind.

Ich will mich, \_\_\_\_\_, bzw. mein Kind \_\_\_\_\_

dennoch mit einem der o.g. Impfstoffe impfen lassen.

Hiermit stimme ich gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. Timnik & Dr. Reiter, Von-Rehlingen-Straße 22, 86356 Neusäß, dem damit verbundenen Haftungsausschluss im Rahmen einer „off Label“ Anwendung, d.h. Anwendung außerhalb der Empfehlung, zu. Ich bestätige, dass ich darüber ausführlich von meinem Arzt aufgeklärt wurde.

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich stimme der Impfung zu als Auffrischimpfung
- Ich stimme der Impfung zu als Grundimmunisierung
- Ich lehne die Impfung ab

---

Ort, Datum

---

Unterschrift beider Eltern, sofern beide sorgeberechtigt sind

---

Unterschrift des Arztes/der Ärztin