

**Dienststelle Gesundheit und Sport**

**Einverständniserklärung  
Schutzimpfung gegen COVID-19 ("neues Coronavirus")**

Name .....

Vorname (n) .....

Geburtsdatum  
(Tag / Monat / Jahr) .....

Strasse .....

c/o .....

PLZ / Ort .....

Ich bestätige hiermit, dass ich den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes des Bundesamtes für Gesundheit (Version vom 20.12.2020) zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich wurde über den Nutzen und die Risiken der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

**Ich willige in die Durchführung der Impfung gegen COVID-19 ein.**

Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten, die gemäss Bundesvorgaben im Zusammenhang mit dieser Impfung erhoben werden müssen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Informationen zum Gesundheitszustand, Krankenkassenkarte), elektronisch erfasst und zwecks Monitorisierung der Impfungen und Abwicklung der Rechnungsstellung an die zuständigen Stellen weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....