



**Dr.med.Volker Leiss**

*Facharzt für Allgemeinmedizin  
Chirotherapie / Palliativmedizin*

**Melanie Kramer**

*Fachärztin für Innere Medizin/Chiroth*

**Dr.med.Judith Uhlenbrock**

*Fachärztin für Allgemeinmedizin / Pa*

## Einwilligungserklärung Covid-19 Schutzimpfung

Name:

Geburtsdatum:

Informationen und Aufklärung zu den jeweiligen Impfstoffen finden sie unter:  
<https://www.corona-kvwl.de/praxisimpfung>

- Vektor-Impfstoff (AstraZeneca Vac.)
- mRNA-Impfstoff (BioNTech/Pfizer)

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsblatts zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit einer Ärztin/Arzt.

- Ich willige ein in die vorgeschlagene Impfung gegen Covid-19 mit dem o.g. Impfstoff.
- Ich lehne die Impfung ab.

Ort, Datum

-----  
Unterschrift zu impfende Person bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

-----  
Unterschrift Ärztin/Arzt

Hausärztliche & Manualmedizin  
Versorgungspraxis

📍 Kroosgang 17-48565 Steinfur

☎ 02552/599 oder 503

📠 02552/590 oder 62825

✉ [versorgungspraxis@interdata.de](mailto:versorgungspraxis@interdata.de)

🏠 [versorgungspraxis.de](http://www.versorgungspraxis.de)