



## **Zusatz zur Einwilligungserklärung für die Covid-19-Impfstoffe von AstraZeneca und Johnson & Johnson (Janssen) = sogenannte Vektor-Impfstoffe**

Ich bin von der Familienpraxis Wolfschlugen noch einmal ausdrücklich auf den hier erneut abgedruckten Absatz aus der Impfaufklärung des RKI hingewiesen worden:

*Für Personen unter 60 Jahren bleibt die Impfung mit einem Vektor-Impfstoff laut STIKO-Empfehlung nach ärztlicher Aufklärung und bei individueller Risikoakzeptanz der zu impfenden Person möglich. Für die individuelle Risikoabschätzung durch die zu impfende Person sollten einerseits das Risiko der beschriebenen Komplikationen und andererseits das Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder eine COVID-19-Erkrankung abgewogen werden. Hierfür sollte zum einen beachtet werden, dass die unten beschriebenen Blutgerinnsel (Thrombosen) mit gleichzeitiger Verringerung der Blutplättchenzahl (Thrombozytopenie) nach derzeitigem Kenntnisstand auch bei Personen unter 60 Jahren sehr selten (weniger als 0,01% der geimpften Personen in dieser Altersgruppe) aufgetreten sind. Zum anderen sollte individuell eingeschätzt werden, ob das persönliche Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 (z.B. persönliche Lebens- und Arbeitsumstände und Verhalten) oder das persönliche Risiko für eine schwere und möglicherweise tödliche Verlaufsform von COVID-19 (z.B. aufgrund von Grunderkrankungen) erhöht ist.*

(aus: AUFKLÄRUNGSMERKBLATT | Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoffen | Seite 3 von 4 | RKI | Stand: 12.05.2021)

Diese Abwägung habe ich zusammen mit dem aufklärenden Arzt vorgenommen und bin zu dem Schluss gekommen, dass das Risiko für einen schweren Verlauf einer möglichen CoVid-19-Erkrankung oder auch das Risiko für ein Post-Covid-Syndrom deutlich höher ist als das Risiko für die genannte Impfkomplication.

Ich wünsche deshalb ausdrücklich die Impfung mit einem der o.g. Impfstoffe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu  
impfenden Person: Unterschrift der gesetzlichen  
Vertretungsperson (Sorgeberechtigte,  
Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

---

Unterschrift Arzt / Ärztin