



## Zusatz zur Einwilligungserklärung für den Covid-19-Impfstoff von Moderna

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

*Comirnaty® (BioNTech) und Spikevax® (Moderna) sind für Personen ab 12 Jahren zugelassen.*

*Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen COVID-19 für Personen ab 12 Jahren. Allerdings empfiehlt die STIKO bei Personen, die unter 30 Jahren alt sind, die Impfung ausschließlich mit dem Impfstoff Comirnaty® durchzuführen. Dies betrifft sowohl die Grundimmunisierung als auch mögliche Auffrischimpfungen. Grund dafür ist, dass es Hinweise für ein höheres Risiko für eine Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung (Myokarditis und Perikarditis) bei Personen unter 30 Jahren nach Impfung mit Spikevax® im Vergleich zu einer Impfung mit Comirnaty® gibt. Personen, die 30 Jahre und älter sind, können nach Empfehlung der STIKO sowohl mit Comirnaty® als auch mit Spikevax® geimpft werden.*

*Schwangere sollen ebenfalls mit Comirnaty® und nicht mit Spikevax® geimpft werden. Auch wenn für Schwangere keine vergleichenden Daten für Comirnaty® und Spikevax® vorliegen, soll ihnen unabhängig von ihrem Alter bei einer COVID-19-Impfung Comirnaty® angeboten werden.*

*(aus: AUFKLÄRUNGSMERKBLATT | Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoffen | Seite 3 von 6 | RKI | Stand: 18.11.2021)*

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 dem Impfstoff der Firma Moderna.

---

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