**Einverständniserklärung zur Covid19-Impfung**

**NAME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb.\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

 Ich bin mit der COVID19 Impfung einverstanden

 Ich bin mit der COVID19 **nicht** einverstanden

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift