

Bitte unterschrieben retour bis
27. Januar 2021

Einverständniserklärung Covid-19-Impfung Mitarbeitende

Name Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bereich/KST _____

Ich bestätige hiermit, dass ich den Inhalt der abgegebenen Merkblätter «Factsheet: Impfung gegen Covid-19» und «Informationen für enge Kontaktpersonen von besonders gefährdeten Menschen» des Bundesamtes für Gesundheit zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich bin über den Nutzen und die Risiken der Impfung ausreichend informiert und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Einverständniserklärung Schutzimpfung gegen Covid-19

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 der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Bitte retour an Anmeldung.

(Exemplar Mitarbeitende)