

## Entscheid Covid-19-Impfung

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass ich den Inhalt des Merkblattes «Allgemeine Informationen zur Covid-19-Impfung» des Bundesamtes für Gesundheit zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich wurde über den Nutzen und die Risiken der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

### Negativer Impfentscheid

Ich will mich nicht impfen lassen.

### 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 Bewohnerin, des Bewohners  
oder der vertretungsberechtigten Person

---

Das Formular ist auszufüllen und dem Pflorgeteam abzugeben, bzw. ans Feldheim zu retournieren.