

Einverständniserklärung für Off Label-Anwendung einer Auffrischimpfung (Booster) für Gesundheitsfachpersonen

Frau/Herr
Geboren am

Hiermit erkläre ich mich mit der Anwendung einer m-RNA - Auffrischimpfung ausserhalb der behördlichen Empfehlungen (Off-Label Anwendung) gemäss obigem Kriterium einverstanden.

Grund der Impfung: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfachpersonen und Betreuungspersonal von besonders gefährdeten Personen
Aktueller Impfstoff: <input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/Biontech) <input type="checkbox"/> Spikevax (Moderna)
Letzte Impfung der Grundimmunisierung stattgefunden am:

Obgenannte Erklärung habe ich zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert	
Name	Unterschrift

Basel, den

Unterschrift Aerztin/Arzt Impfzentrum Basel