

**Einverständniserklärung der Eltern/Personensorgeberechtigten  
zur Impfung mit einem mRNA-Impfstoff am OSZ KIM**

---

Hiermit gebe ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Personensorgeberechtigte/r für

Name, Vorname \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

mein Einverständnis zu einer COVID-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff.

---

Datum, Unterschrift