

**Impfung gegen COVID-19  
Einverständniserklärung  
„Comirnaty (BioNTech-Pfizer)“  
Alter 6 Monate – 4 Jahre**

**Vaccinazione anti-COVID-19  
Modulo di consenso  
"Comirnaty (BioNTech-Pfizer)"  
Età 6 mesi – 4 anni**

Vor- und Nachname  
Nome e cognome \_\_\_\_\_

Geburtsort  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Geburtsdatum  
Data di nascita \_\_\_\_\_

Wohnsitz  
Residenza \_\_\_\_\_

Telefon  
Telefono \_\_\_\_\_

Nr. Gesundheitskarte (wenn verfügbar) / n. Tessera sanitaria (se disponibile):

Ich habe das *Informationsblatt* des folgenden Impfstoffes, in einer mir bekannten Sprache gelesen und verstanden:

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* del seguente vaccino:

\*  
\* Die Angabe des Impfstoffes ist dem Personal des Impfzentrums vorbehalten  
L'indicazione del vaccino è riservata agli operatori/alle operatrici del Centro vaccinale

Ich habe den Arzt über aktuelle und/oder frühere Erkrankungen und laufende Therapien informiert.

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zur Impfung und zum Gesundheitszustand meines Kindes zu stellen und ausreichende und für mich verständliche Informationen erhalten.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute di mio/a figlio/a ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Ich wurde korrekt und in verständlichen Worten informiert, habe die Vorteile und die Risiken der Impfung, die Modalitäten und die therapeutischen Alternativen sowie die Folgen einer eventuellen Verweigerung oder eines Verzichts auf den Abschluss der Impfung mit weiterer Dosis (falls vorgesehen) verstanden.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con ulteriori dosi, se previste.

Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst, dass ich bei Auftreten von Nebenwirkungen unverzüglich den Kinderarzt informieren und seine Anweisungen befolgen werde.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il medico curante e seguirne le indicazioni.

Ich stimme zu, nach Verabreichung des Impfstoffs mindestens 15 Minuten im Wartezimmer zu verbleiben, um sicherzustellen, dass keine unmittelbaren Nebenwirkungen auftreten.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano *reazioni avverse immediate*.

**EINVERSTÄNDNIS**

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

**CONSENSO**

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

\*  
\* Die Angabe des Impfstoffes ist dem Personal des Impfzentrums vorbehalten  
L'indicazione del vaccino è riservata agli operatori/alle operatrici del Centro vaccinale

Datum und Ort / Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters  
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

**ABLEHNUNG****RIFIUTO**

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab: Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

\* Die Angabe des Impfstoffes ist dem Personal des Impfzentrums vorbehalten  
L'indicazione del vaccino è riservata agli operatori/alle operatrici del Centro vaccinale

Datum und Ort / Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters  
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

**Gesundheitspersonal des Impfteams****Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**1. Ärztin/Arzt1. Medico

Vor- und Nachname  
Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
Profilo professionale \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass die Eltern/Vormund zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

Confermo che il genitore/tutore del Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Firma del medico

2. Ärztin/Arzt oder andere Gesundheitsbedienstete/ anderer Gesundheitsbediensteter2. Medico o altra Operatrice sanitaria/altro Operatore sanitario

Vor- und Nachname  
Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
Profilo professionale \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass die Eltern/der Vormund der zu impfenden Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

Confermo che il genitore/tutore del Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gesundheitsbediensteten/der Gesundheitsbediensteten  
Firma dell'operatrice sanitaria/operatore sanitario

**Die Anwesenheit der/des zweiten Gesundheitsbediensteten ist nützlich, aber bei Impfungen im häuslichen Bereich oder im Zusammenhang mit logistisch-organisatorischen Problemen nicht unbedingt erforderlich.**

**La presenza della seconda operatrice sanitaria/del secondo operatore sanitario è utile, ma non indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.**

**Details zu Verabreichung der Impfung****Dettagli operativi della vaccinazione**

	Verabreichungsstelle Sito di iniezione M. deltoideus		Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Verabreichungsort Luogo di somministrazione	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
1. Dosis 1° dose	dx	sx					
2. Dosis 2° dose	dx	sx					