

## ZUSÄTZLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für Heranwachsende im Alter von 12 bis 17 Jahren

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Name der zu impfenden Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO vom 10.06.2021 sollen Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren zunächst nur geimpft werden, wenn sie aufgrund folgender Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf haben:

- Adipositas permagna (BMI > 97. Perzentile)
- schlecht eingestellter Diabetes mellitus (HbA1c > 9%)
- angeborene/erworbene Immundefizienz oder relevante Immunsuppression
- angeborene zyanotische Herzfehler (SpO2 in Ruhe < 80%)
- schwere Herzinsuffizienz oder schwere pulmonale Hypertonie
- chronische Lungenerkrankungen mit anhaltend eingeschränkter Lungenfunktion
- chronische Niereninsuffizienz
- chronische neurologische/neuromuskuläre Erkrankungen
- Trisomie 21
- syndromale Erkrankungen mit schwerer Beeinträchtigung
- maligne Tumorerkrankungen

Eine weitere Indikation ist ein direkter Kontakt mit Personen, die eine hohe Gefährdung für einen schweren COVID-19-Verlauf haben und nicht selbst geimpft werden können oder bei denen ein begründeter Verdacht auf einen nicht ausreichenden Impfschutz besteht (z.B. Personen mit Impfung unter relevanter Immunsuppression)

Obwohl mein/unser Kind bzw. die mir als Sorgeberechtigte(r) anvertraute Person nicht in eine der o.g. Kategorien einzuordnen ist, bestehe ich entgegen der aktuellen Empfehlung der STIKO auf eine Schutzimpfung gegen COVID-19 für die o.g. Person mit einem mRNA-Impfstoff.

Wir sind auf das Auftreten von seltenen, aber teilweise sehr schweren systemischen Nebenwirkungen wie einer schweren allergischen Reaktion (Anaphylaxie), Thrombosen, Myokarditis (Herzmuskelentzündung), Facialisparesie und generalisierten Krampfanfällen mit möglicher Todesfolge im Rahmen des sorgfältigen ärztlichen Aufklärungsgespräch explizit hingewiesen worden. Die Erstsymptome einer untypischen Thrombose (u.a. stärkste Kopfschmerzen mit Schwindel/Sehstörungen/Übelkeit, Luftnot (Dyspnoe), starke Bauch- oder Rückenschmerzen, überwärmter, geschwollener und/oder schmerzhafter Unterschenkel) inklusive einer möglichen Blutung (u.a. punktförmige Blutungen [Petechien]) sowie die Zeichen einer Myokarditis (Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen und ein signifikanter „Leistungsknick“) wurden detailliert erläutert, damit wir bei einem Auftreten solcher Symptome sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Zudem wurde uns erklärt, dass zum aktuellen Zeitpunkt ein langfristiges Sicherheitsprofil der Impfstoffe noch nicht bekannt ist

Ich willige als Sorgeberechtigte(r) für die o.g. Person nochmals ausdrücklich in die vorgesehene Schutzimpfung gegen COVID-19 mit einem mRNA-Impfstoff ein.

Celle, \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

---

Unterschrift der Ärztin / des Arztes