

Einwilligung zu heterologem Impfschema/Kreuzimpfung mit COVID-19-Impfstoffen

Ich,..... habe eine erste Teilimpfung mit dem COVID-19-Impfstoff..... erhalten.

- Aufgrund der sehr schlechten Verträglichkeit dieser Impfung, lehne ich die zweite Teilimpfung mit demselben Impfstoff ab.
- Ich lehne die zweite Teilimpfung mit demselben Impfstoff aus persönlichen Gründen strikt ab.

Mein*e behandelnde*r Ärzt*in hat mich dezidiert darüber aufgeklärt, dass ein heterologes Impfschema bzw. eine Kreuzimpfung mit einem COVID-19-Impfstoff ein Off-Label-Use ist. Das heißt, dass es keine entsprechende nationale Zulassung vom Hersteller für diese Anwendung gibt.

Weiters wurde ich darüber aufgeklärt, dass Studiendaten bei heterologen Impfschemata eine erhöhte Rate an Impfreaktionen zeigen.

Ich wurde umfassend über eine heterologe bzw. Kreuzimpfung aufgeklärt und möchte eine zweite Teilimpfung mit dem COVID-19-Impfstoff..... erhalten.

.....
Unterschrift der zu impfenden Person

.....
Unterschrift impfende*r Ärzt*in

.....
Datum