

## TUCKERMANNSTRASSE

BBG Senioren-Residenzen GmbH · Tuckermannstr. 14 · 38118 Braunschweig

**BBG Senioren-Residenzen GmbH**

Tuckermannstr. 14  
38118 Braunschweig

Telefon 0531 / 88 684 - 900  
Telefax 0531 / 88 684 - 925

tuckermannstrasse@bbg-senioren.de  
www.bbg-senioren.de

Datum

10.12.2020

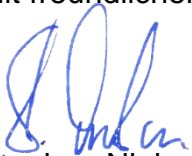
### Geplante Impfung gegen COVID-19

Sehr geehrte Bewohnerinnen und Bewohner,  
sehr geehrte Angehörige und Betreuer!

Wir benötigen dringend Ihre Mithilfe. Aktuell wird seitens der Bundesregierung an der Umsetzung der Impfung gegen Covid-19 gearbeitet. Dazu sollen Impfzentren errichtet werden. Der genaue Ablauf und ein exaktes Startdatum sind uns noch nicht bekannt, aber wir rechnen in Kürze mit Informationen. Bislang gehen wir auch noch davon aus, dass die Impfung freiwillig ist. Sollte es dabei bleiben, dass zuerst die Risikogruppen geimpft werden sollen, möchten wir keine unnötige Zeit mit dem Einholen von Einverständniserklärungen vertun. Aus diesem Grund bitten wir jetzt schon um die Abgabe Ihrer Zustimmung oder Ablehnung.

**Bitte geben Sie uns die beiliegende Einverständniserklärung spätestens bis zum 18.12.2020 zurück.**

Mit freundlichen Grüßen



Stephan Nielsen  
Geschäftsführer

IK Nr.: 510 312 575  
Steuernr.: 14/201/09135  
Ust-Id Nr.: DE 237832662  
Amtsgericht: Braunschweig  
Handelsregister Nr. HRB 9743

Geschäftsführung:  
Stephan Nielsen  
Karin Stemmer  
Hans-Joachim Jäger  
Alexander Faul

Commerzbank AG Braunschweig  
IBAN DE14 2704 0080 0530 1510 00  
BIC COBADEFFXXX

## **Einverständniserklärung zur Impfung gegen COVID-19**

Ich bin Bewohnerin/Bewohner

Name: \_\_\_\_\_

Ich bin Betreuer/in oder bevollmächtigt

Name: \_\_\_\_\_

Name des Bewohners/der Bewohnerin: \_\_\_\_\_

Im Falle der Verfügbarkeit eines geeigneten Impfstoffes gegen COVID-19:

stimme ich der Impfung zu.

stimme ich der Impfung nicht zu.

Mir ist bewusst, dass die Impfung möglicherweise nicht durch den selbst gewählten Hausarzt vorgenommen werden kann, sondern durch von dem Gesundheitsamt eigens zu diesem Zweck eingesetzten Ärzten.

Unterschrift: \_\_\_\_\_