

Einverständniserklärung zur Impfung

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichneten Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Ich bin über **Nutzen und Risiken** dieser Schutzimpfung(en) (einschließlich der Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen), über mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen, über die Durchführung der Impfung(en), über die Art der Impfstoffe sowie über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert worden. Ebenso wurde ich darüber informiert, wie ich mich nach einer Impfung verhalten soll.

- | | |
|--|--|
| ☐ Diphtherie | ☐ Tetanus (Wundstarrkrampf) |
| ☐ Keuchhusten (Pertussis) | ☐ Kinderlähmung (Polio) |
| ☐ Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Masern, Mumps, Röteln (MMR) | ☐ Windpocken (Varizellen) |
| ☐ Rotaviren | ☐ RSV |
| ☐ Meningokokken B, ACWY | ☐ FSME |
| ☐ Pneumokokken | ☐ HPV (Humane Papillomviren) |
| ☐ Influenza (Virusgrippe) | |

-
- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung(en) einverstanden.

-
- ☐ Ich lehne die Impfung(en), die vorstehend gekennzeichnet sind, ab.
Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich von meiner Ärztin /
meinem Arzt informiert.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Sorgeberechtigten