Einverständniserklärung Impfungen

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Impfungen gegen:

- ☐ Rotaviren
- ☐ Tetanus
- ☐ Diphterie
- ☐ Keuchusten
- ☐ Haemophilus influenzae B
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken
- ☐ Meningokokken B (Kleinkindalter)
- ☐ Meningokokken ACWY (Jugendalter)
- ☐ HPV (Humane Papillomaviren)
- ☐ Influenza (bei chron. Erkrankungen)
- ☐ FSME (Reiseimpfung)
- ☐ Meningokokken ACWY (Reiseimfpung)

☐ Ich bin im Arztgespräch ausführlich über die o.g. Impfungen sowie mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt worden.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige hiermit in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen / oben angekreuzten Impfungen bei meinem Kind ein.

☐ Ich lehne hiermit bewusst die Durchführung folgender Schutzimpfungen bei meinem Kind ab: _____

☐ Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser impfpräventablen Erkrankungen und deren mögliche Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu stellen.

Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit der Impfung einverstanden sind.

Datum: _____

Name Sorgeberechtigte(r): _____

Unterschrift _____

Arzt/Ärztin: _____