

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Ich/Wir die Eltern von: _____ geb. am: _____

Name des Kindes

wünsche/n nach Aufklärung und Information folgende Impfungen für mein/unser Kind:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6-fach Impfung (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Hib, Polio) | |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps und Röteln | <input type="checkbox"/> Pertussis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hib |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY (als IGeL) | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken B (als IGeL) | <input type="checkbox"/> HPV (ab 9 Jahren) |
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> _____ |

Wurde Ihr Kind bereits von anderen Ärzten geimpft?

Wenn ja, bitte Name des Impfstoffs und Datum eintragen:

- Ich habe mich gegen Impfungen entschieden

Bitte lesen Sie sich die Informationen in der beigelegten Broschüre aufmerksam durch. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die impfende Ärztin bzw. den impfenden Arzt.

 Weiterführende Informationen zu den Impfungen finden Sie auch auf der Internetseite der STIKO unter www.RKI.de

 Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars ja nein

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift des Sorgeberechtigten: _____

