



Einverständniserklärung zur Durchführung von Impfungen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Unsere Kinderärztin hat mich/uns über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Impfung(en) informiert. Ich wurde über Art, Nutzen und Risiken dieser Impfung(en) aufgeklärt. Mir wurden Fälle, in denen die Impfung(en) nicht erfolgen soll(en), geschildert und auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplikationen hingewiesen. Ich wurde informiert, was nach der/den Impfung(en) zu beachten ist.

Durchführung der Impfungen gegen

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tetanus* | <input type="radio"/> Meningokokken B |
| <input type="radio"/> Diphtherie* | <input type="radio"/> Meningokokken A, C, W, Y |
| <input type="radio"/> Pertussis (Keuchhusten)* | <input type="radio"/> Mumps, Masern, Röteln (MMR)* |
| <input type="radio"/> Haemophilus Influenzae Typ B (Hib)* | <input type="radio"/> Varizellen (Windpocken) |
| <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung)* | <input type="radio"/> Influenza (Grippe) |
| <input type="radio"/> Hepatitis B* | <input type="radio"/> Humane Papillomaviren (HPV) |
| <input type="radio"/> Pneumokokken | <input type="radio"/> Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) |
| <input type="radio"/> Rotaviren | <input type="radio"/> Andere Impfungen _____ |

*Die STIKO (Ständige Impfkommission) am Robert-Koch-Institut empfiehlt nach Möglichkeit die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen.

- Ich/wir wurde/n von unserer Kinderärztin im Gespräch und/oder durch Informationsmaterial ausführlich aufgeklärt und willige/n in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.
- Unsere Kinderärztin hat mich/uns darüber informiert, dass weitere Impfungen erforderlich sind.
- Ich/wir lehne/n die Impfung(en) ab, über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

