



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG MEINES KINDES

PATIENT:

geb.:

Ich habe die Impfaufklärungsbroschüre zur Impfung gelesen und keine weiteren Fragen zu diesen Impfungen.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) entsprechend der aktuellen STIKO-Empfehlung einverstanden.

- Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten (ab 5.-6. Lebensjahr)
- Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung (ab 9. Lebensjahr)
- HPV (Gebärmutterhalskrebs) (ab dem 9. Lebensjahr)

- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfungen nicht einverstanden.
Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Ort und Datum:

.....
Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit der Impfung einverstanden sind.