



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.

- Rotaviren
- Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung/HIB/Hepatitis B (Sechsfach-Impfstoff)
- Pneumokokken
- Masern/Mumps/Röteln (MMR) + Windpocken
- Meningokokken Typ C
- Meningokokken Typ B

- 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.