



Einverständniserklärung zur Impfung

Meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Erkrankungen informiert.

Sie hat mir den Nutzen und die Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen soll(en), geschildert und mich auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Art und Weise der Durchführung der Impfung(en), Beginn und Dauer des Impfschutzes, Hinweise zu Auffrischimpfungen, sowie Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung wurden besprochen.

Ich habe alle Fragen im persönlichen Gespräch klären können.

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diphtherie/Tetanus/Keuchhusten/Polio/Hepatitis B/HiB |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningokokken B |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rotaviren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Masern/Mumps/Röteln |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windpocken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningokokken ACWY (ab 12 Jahren) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HPV (ab 9 Jahren) |

Reiseimpfungen und Indikationsimpfungen

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FSME |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningokokken ACWY |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Influenza |

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

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der oben mit „Ja“ gekennzeichneten Impfung einverstanden
- ☐ Ich lehne hiermit bewusst die Durchführung der oben mit „Nein“ gekennzeichneten, derzeit von der STIKO empfohlenen, Schutzimpfung(en) für mein Kind ab. Ich wurde ausführlich über die impfpräventablen Erkrankungen und deren mögliche Folgen, bzw. bleibenden Folgeschäden informiert. Ich hatte ausreichend Gelegenheit eigene Fragen zu stellen.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Datum, Name und Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Unterschrift der Ärztin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, dass ich im Namen und mit dem Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen handle.