

Einverständniserklärung zur Impfung

Meine Kinderärztin hat mich über nachfolgend gekennzeichnete **Krankheitserreger, deren Behandlungsmöglichkeiten und** die gegen sie gerichteten **Schutzimpfungen** informiert. Sie hat mir **Nutzen und Risiken** dieser Schutzimpfung(en) erklärt sowie diejenigen Fälle geschildert, in denen die Impfung(en) nicht erfolgen sollten, und mich auf mögliche **Impfreaktionen und Komplikationen** hingewiesen. Sie hat mich über die Art und Weise der **Durchführung der Impfung**, über die **Art des Impfstoffes** und über **Beginn und Dauer des Impfschutzes** aufgeklärt. Sie hat mich ferner darüber informiert, wie ich mich **nach der Impfung verhalten** sollte.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend informiert und **WILLIGE HIERMIT** nach angemessener Bedenkzeit **IN DIE GEPLANTE IMPFUNG EIN** (entsprechendes bitte ankreuzen). Im Falle einer Gesundheitsstörung, die möglicherweise auf die Impfung zurückzuführen sein könnte, werde ich meine Kinderärztin umgehend informieren.

- Meningokokken ACWY
- Meningokokken B.....
- Meningokokken C.....
- Typhus
- Tollwut.....
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Masern + Mumps + Röteln
- FSME
- Grippe (Influenza).....
- Windpocken (Varizellen)
- Immunisierung gegen RS-Viren (Synagis).....
- Tetanus + Diphtherie + Keuchhusten
- Tetanus + Diphtherie + Keuchhusten + Polio
- Pneumokokken.....
- HPV

Name des Patienten: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r): _____