

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG

Bitte deutlich ausfüllen und zur Impfung unterschrieben mitbringen.

Patient/in	
Geburtsdatum	

Hiermit bestätigen wir, über die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen, mögliche Impfnebenwirkungen und das Verhalten im Fall von Nebenwirkungen durch die Praxis aufgeklärt worden zu sein. Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind gegen die unten angekreuzten Erkrankungen geimpft wird. Aktuell haben wir keine weiteren Fragen.

Bitte gewünschte Impfung(en) ankreuzen:

☐	Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten/Kinderlähmung/HiB/Hepatitis B (Sechsfach-Impfstoff)
☐	Pneumokokken
☐	Meningokokken B
☐	Rotavirus
☐	RSV
☐	Masern/Mumps/Röteln (MMR)
☐	Windpocken
☐	Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten (i.d.R. Auffrisch-Impfung)
☐	Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten/Kinderlähmung (i.d.R. Auffrisch-Impfung)
☐	HPV (Gebärmutterhalskrebs)
☐	Meningokokken A, C, W, Y
☐	Hepatitis B
☐	Hepatitis A
☐	FSME (Frühsommermeningoencephalitis)
☐	Saisonale Grippe
☐	Sonstige:

Ort, Datum:	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:
--------------------	---

Hinweis: Mit der Unterschrift wird vorausgesetzt, dass beide Erziehungsberechtigten mit der Impfung einverstanden sind.