



Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) **Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger**, die **Behandlungsmöglichkeiten** und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert.

Er hat mir die Nutzen und Risiken dieser **Schutzimpfung(en)** erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die **möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen** hingewiesen. Er hat mich ferner über die Art und Weise der **Durchführung der Impfung**, über die **Art des Impfstoffes** und über **Beginn und Dauer des Impfschutzes** informiert sowie darüber, wie ich mich **nach der Impfung verhalten** soll.

<input type="checkbox"/>	Diphtherie*	<input type="checkbox"/>	Tetanus*
<input type="checkbox"/>	Pertussis(Keuchhusten)*	<input type="checkbox"/>	Polio(Kinderlähmung)*
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenza Typ b(Hib)	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B*
<input type="checkbox"/>	Masern, Mumps, Röteln(MMR)*	<input type="checkbox"/>	Windpocken(Varizellen)
<input type="checkbox"/>	Rotaviren	<input type="checkbox"/>	FSME
<input type="checkbox"/>	Meningokokken C	<input type="checkbox"/>	Pneumokokken
<input type="checkbox"/>	Influenza(Virusgrippe)	<input type="checkbox"/>	HPV(Humane Papillomviren)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

*Die Stiko(Ständige Impfkommission am Robert- Koch- Institut)empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen

- Ich habe keine weiteren Fragen
 Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfungen einverstanden.
 Mein Arzt hat mich darüber informiert, dass zu folgenden Terminen

_____ weitere Impfungen erforderlich sind.

- Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an diese Termine erinnern.
 Ich lehne die Impfungen, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich von meinem Arzt informiert.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum Unterschrift: _____

ggf. des Sorgeberechtigten

Stempel/Unterschrift Arzt

Bearbeitungsvermerke: