

IMPFEINWILLIGUNG



Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe das Aufklärungsmerkblatt zum Thema Impfungen zur Kenntnis genommen und hatte die Gelegenheit zu einem ausführlichen Aufklärungsgespräch.

Ich stimme daher den folgenden Impfungen meines Kindes zu:

JA	Impfung	NEIN
	Rotaviren	
	RSV (respiratorisches Synzytial-Virus)	
	Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Hämophilus influenzae Typ B (HIB)-Bakterien, Hepatitis B (6-fach)	
	Pneumokokken	
	Masern-Mumps-Röteln	
	Varizellen (Windpocken)	
	Meningokokken B	
	Meningokokken ACWY	
	Humanes Papillomavirus (HPV)	

Die Einwilligung gilt auch für zukünftige (Auffrisch)Impfungen gegen oben genannte Erkrankungen bzw. für mögliche Einzelimpfstoffe (z.B. Polio), sofern diese indiziert sind.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

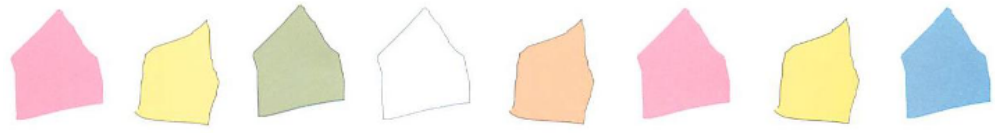
☐ Im Falle einer Ablehnung der Impfung(en) versichere ich, mögliche Risiken der Nichtimpfung zur Kenntnis genommen zu haben.

Erfolgt die Unterschrift nur einer erziehungsberechtigten Person, versichert diese damit zugleich, dass sie entweder allein zur Erziehung berechtigt ist oder mit Ermächtigung des/der anderen Erziehungsberechtigten handelt.

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person /
Erziehungsberechtigten

Arzt/Ärztin



Aufklärungsmaterial

Rotaviren	
RSV (respiratorisches Synzytial-Virus)	
Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Hämophilus influenzae Typ B (HIB)-Bakterien, Hepatitis B (6-fach)	
Pneumokokken	
Masern-Mumps-Röteln	
Varizellen (Windpocken)	
Meningokokken B	
Meningokokken ACWY	
Humanes Papillomavirus (HPV)	
FSME	