

# Einverständniserklärung zum Impfen

Datum: .....

## Angaben zum Kind/Jugendlichen

.....  
Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Wohnort

### I. Einverständniserklärung

Mein Kinderarzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichneten Krankheiten bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert.

Er hat mir den Nutzen und die Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollten, 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"/> Tetanus                             | <input type="checkbox"/> Rotaviren                    |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                          | <input type="checkbox"/> Windpocken                   |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)*            | <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY / B       |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b (Hib)* | <input type="checkbox"/> Influenza (Virusgrippe)      |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)*              | <input type="checkbox"/> FSME                         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B*/A                      | <input type="checkbox"/> HPV (Humanes Papillomavirus) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken                        | <input type="checkbox"/> RSV (Passiv-Immunisierung)   |
| <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln (MMR)         |   |
| <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 gekennzeichneten Impfung(en) einverstanden
- Ich lehne die Impfung(en), die vorstehend gekennzeichnet sind, ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich von meinem Kinderarzt informiert.

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)