

Impfaufklärung & Einwilligung

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Impfungen gegen:

- Rotaviren
- Tetanus
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
- Kinderlähmung
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Meningokokken B
- Meningokokken ACWY
- RSV-Immunsierung
- Masern, Mumps, Röteln
- Windpocken
- HPV (Humane Papillomaviren)
- FSME – regionsabhängig

Ich willige in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen / oben angekreuzten Impfungen bei meinem Kind ein. Alle meine Fragen wurden beantwortet.

Ich lehne die Durchführung der empfohlenen Impfungen bei meinem Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser Erkrankungen und deren mögliche Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod aufgeklärt und hatte ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu stellen.

Name des Sorgeberechtigten:

_____ Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigter