

Einverständniserklärung zu Impfungen

PATIENT: _____ **geb.:** _____

Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er/ Sie hat mir den 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/Sie 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.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit den unten bezeichneten Impfungen/Impfkombinationen (angekreuzt) einverstanden.

Impfungen zur Grundimmunisierung (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☐ Diphtherie - D	☐ RSV (Beyfortus®)
☐ Pertussis - P (Keuchhusten)	☐ Rotavirus (Schluckimpfung)
☐ Tetanus – T (Wundstarrkrampf)	☐ Pneumokokken
☐ Polio (Kinderlähmung)	☐ Masern-Mumps-Röteln (MMR)
☐ Haemophilus Influenza Typ B (HiB)	☐ Varizellen (Windpocken)
☐ Hepatitis B	☐ Meningokokken B

Jugendimpfungen (aktuelle STIKO-Empfehlung)

☐ D-P-T-Polio (Repevax®) – 4-fach	☐ HPV (Humane Papillomaviren)
☐ Meningokokken (ACWY)	☐

Weitere mögliche Impfungen

☐ FSME (Zeckenenzephalitis)	☐ Influenza (Virusgrippe)
☐ Corona / Covid-19	☐ Hepatitis A
☐	☐

Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit den Impfungen einverstanden sind.

Weiterführende Informationen zu den Impfungen finden Sie auch auf der Internetseite der STIKO unter www.RKI.de.