

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 influenzae 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 Impfung/en 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 Impfung(en), die vorstehend gekennzeichnet sind, ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich von meinem Arzt informiert.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum Unterschrift
(ggf. des Sorgeberechtigten)

Arzt-/Praxisstempel	
_____ Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes	