

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 sowie 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 (Wundstarrkrampf)* |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)* | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)* |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> 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 und Meningokokken |
| <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 _____ und _____ 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 _____