



Einverständniserklärung bzw. Ablehnung Impfungen / Immunisierung

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Grippe - für chronisch Erkrankte |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> FSME - regionsabhängig (Reiseimpfung) |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken B (Bexsero®) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A - regionsabhängig (Reiseimpfung) |
| <input type="checkbox"/> RSV (Beyfortus®) - passive Immunisierung | <input type="checkbox"/> _____ |

Ich bin von Frau Dr. Derichs/Karsten/Burger-Scheidlin im Gespräch und unter Verwendung des schriftlichen Elternratgebers im Informationsbereich der Praxishomepage ausführlich über die o.g. Immunisierungen sowie mögliche Komplikationen aufgeklärt worden und habe alle Fragen im persönlichen Gespräch klären können.

Bei Impfung gegen Meningokokken B: Ich bin über das erhöhte Risiko von Fieber und anderen Nebenwirkungen durch die Impfung mit Bexsero® schriftlich und mündlich informiert worden und habe die aktuelle Dosierungsempfehlung des RKI zur Paracetamol-Prophylaxe (siehe auch im Impfkapitel des Elternratgebers) erhalten und zur Kenntnis genommen.

- Ich willige hiermit in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen / oben angekreuzten Immunisierungen bei meinem Kind ein.
- Ich willige in die durch die STIKO empfohlenen Impfungen ein, wünsche aber ein zeitlich individuelles Impfschema, bei dem folgende(r) Impfstoff(e) _____ erst später / zu folgendem Zeitpunkt _____ verabreicht wird/werden.
- Ich lehne hiermit bewusst die Durchführung der unten schriftlich aufgeführten Immunisierungen bei meinem Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser vermeidbaren Erkrankungen und deren mögliche Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu stellen.

Datum: _____ Name der/s Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift Sorgeberechtigter/r

Unterschrift Fr. Dr. Derichs / Fr. Karsten / Fr. Burger-Scheidlin