



Einverständniserklärung Impfungen / Impfablehnung

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Impfungen gegen:

- Rotaviren
- Tetanus
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
- Kinderlähmung
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Meningokokken B
- Masern
- Mumps
- Röteln
- Windpocken
- Meningokokken C
- HPV (Humane Papillomaviren)
- Grippe – für chronisch Erkrankte
- FSME – regionsabhängig (Reiseimpfung)
- Hepatitis A – regionsabhängig (Reiseimpfung)
- _____

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

- Ich willige hiermit in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen / oben angekreuzten Impfungen bei meinem Kind ein.
- Ich lehne hiermit bewusst die Durchführung der unten schriftlich aufgeführten Schutzimpfungen bei meinem Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser impfpräventablen Erkrankungen und deren mögliche Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu stellen.

Name des Sorgeberechtigten:

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Dr. Derichs / Karsten