

Impfeinverständniserklärung

Patientendaten

Name des Patienten/der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

StIKo-Impfungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Tetanus | ☐ Masern |
| ☐ Diphtherie | ☐ Mumps |
| ☐ Pertussis | ☐ Röteln |
| ☐ Poliomyelitis | ☐ Varizellen |
| ☐ Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | ☐ Meningokokken B |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Humane Papillomaviren (HPV) |
| ☐ Pneumokokken | ☐ Meningokokken ACWY |
| ☐ Rotavirus | |

☐ Impfungen nach StIKo gewünscht

Indikations- und Reiseschutzimpfungen

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ FSME | ☐ Tollwut |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Influenza |
| ☐ Typhus | |

Aufklärung und Einverständnis

- ☐ Ich/Wir wurde(n) ausführlich über die Erkrankungen, Nutzen und Risiken der Impfungen sowie mögliche Impfreaktionen und seltene, teils lebensbedrohliche Komplikationen aufgeklärt.
- ☐ Ich/Wir hatte(n) ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.
- ☐ Ich/Wir bin/sind mit der Durchführung der oben angekreuzten Impfungen einverstanden.
- ☐ Ich/Wir lehne(n) die oben genannten Impfungen ab.

Datum: _____

Name Erziehungsberechtigte(r): _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____

Unterschrift Arzt/Ärztin: _____