

Impfeinverständniserklärung

Patientendaten

Name des Patienten/der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

STIKO-Impfungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> Varizellen |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | <input type="checkbox"/> Meningokokken B |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Humane Papillomaviren (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | |

Indikations- und Reiseschutzimpfungen

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> 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: _____