

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG MEINES KINDES

PATIENT:

geb.:

Ich habe die Impfaufklärungsbroschüre und die Medikamentenbegleitzettel zur Impfung gelesen und keine weiteren Fragen zu dieser Impfung.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit der unten bezeichneten Impfung/Impfkombination (angekreuzt) einverstanden.

- **HIB/Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung/Hepatitis B (Sechsfach-Impfstoff)**

- **HIB/Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung**

- **Diphtherie/Wundstarrkrampf (Td)**

- **Masern/Mumps/Rötein (MMR)**

- **Hepatitis B**

- **Hepatitis A**

- **HPV (Gebärmutterhalskrebs)**

- **FSME (Frühsommermeningoencephalitis)**

- **Diphtherie**

- **Kinderlähmung (IPV)**

- **Cholera**

- **Typhus**
- **Meningitis A, C, W135 oder Y**
- **Meningitis C**
- **Pneumokokken**
- **Tollwut**
- **Virusgrippe**
- **Windpocken**

.....
.....

**Ort, Datum
Erziehungsberechtigten**

Unterschrift der

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit der Impfung einverstanden sind.