



# Einverständniserklärung Impfungen



Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

## Impfungen ab 1 Lebensjahr:

- Masern, Mumps, Röteln mit Varizellen (Windpocken)  
oder alternativ:  Masern, Mumps, Röteln **ohne Varizellen**
- Meningokokken C

Ich bin von Herrn H. Rapp/ Frau Dr. B. Krieg im Gespräch und unter dem schriftlichen Elternratgeber sowie über die Homepage ausführlich über die o.g. Impfungen aufgeklärt worden und habe alle Fragen im persönlichen Gespräch klären können.

- Ich, habe Sorgerecht und bin beauftragt und willige hiermit ein in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen bzw. angekreuzten Impfungen bei meinem Kind .
- Ich, habe Sorgerecht und bin beauftragt und lehne derzeit hiermit bewusst die Durchführung der oben aufgeführten Schutzimpfungen bei meinem Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser impfpräventablen Erkrankungen und deren möglichen Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod informiert und hatten ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu Stellen.

---

Name des Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_ Datum:

\_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigter:

\_\_\_\_\_ Unterschrift H. Rapp

\_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigter:

\_\_\_\_\_ Unterschrift Fr. Dr. Krieg