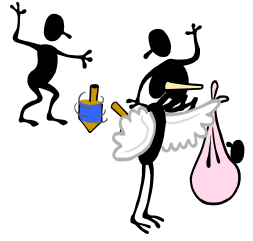




# Einverständniserklärung Impfungen



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

- 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.

## Auffrischungsimpfung in Anlehnung an Grundimpfung:

### **dTPacPolio** (Repevax / Boostrix Polio)

\_\_\_\_\_  
Datum:                      Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift H. Rapp

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift Fr. Dr. Krieg

### **dTPac** (Boostrix / Revaxis)

\_\_\_\_\_  
Datum:                      Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift H. Rapp

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift Fr. Dr. Krieg

## Weitere empfohlene Impfungen :

### **FSME** (ab 1 Jahr)

\_\_\_\_\_  
Datum:                      Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift H. Rapp

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter:                      Unterschrift Fr. Dr. Krieg

**O HPV** (humanes Papillomaviren) 9-12 Jahre (-17 Jahre)

_____ Datum:	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift H. Rapp
	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift Fr. Dr. Krieg

**O Meningokokken B** (keine Stiko-Empfehlung, IgeL)

_____ Datum:	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift H. Rapp
	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift Fr. Dr. Krieg

**O sonstige:**  
z.B. Hepatitis A, Typhus, Tollwut

_____ Datum:	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift H. Rapp
	_____ Unterschrift Sorgeberechtigter:	_____ Unterschrift Fr. Dr. Krieg