



Fachärztinnen für  
Kinder- und Jugendmedizin  
**Simone Scheid**  
**Eunike Schulz**

Kurfürstenstr. 9a  
54516 - Wittlich

Tel.: 06571 - 20011  
Fax 06571-260300

Praxis.Scheid-Schulz@t-online.de

## Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert.

Er hat mir die Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen und mich auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Art und Weise der Durchführung der Impfung, Beginn und Dauer des Impfschutzes wurden besprochen.

<input type="radio"/>	Diphtherie/Tetanus/Keuchhusten/Polio/Hepatitis B/HiB
<input type="radio"/>	Pneumokokken
<input type="radio"/>	Rotaviren
<input type="radio"/>	Meningokokken B
<input type="radio"/>	Masern/Mumps/Röteln
<input type="radio"/>	Windpocken
<input type="radio"/>	Meningokokken C
<input type="radio"/>	HPV (Humane Papillomviren)
	<b>Reiseimpfungen:</b>
<input type="radio"/>	Hepatitis A
<input type="radio"/>	FSME

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o.g. angekreuzten Impfungen einverstanden.
- ☐ Ich lehne die o.g. angekreuzten Impfungen für mein Kind ab; über mögliche Nachteile der Ablehnung der Impfung wurde ich vom Arzt informiert.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift handele ich im Einverständnis des/der auch sorgeberechtigten Vaters/Mutter.**