



## Einwilligung zur Impfung Dokument

1.3.2 (2)

Ich habe die Impfinformation des Deutschen grünen Kreuzes gelesen. Ich habe mich über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte darüber hinaus Gelegenheit, mit meiner Ärztin/meinem Arzt über Nutzen und Risiken der einzelnen Impfungen zu sprechen. Ich haben keine weiteren Fragen.

Ich bin darüber informiert worden, dass Impfungen in seltenen Fällen zu Impfschäden führen können, wenn auch die Vorteile des Impfschutzes für das geimpfte Kind gegenüber den Risiken überwiegen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Tochter/ mein Sohn gegen folgende Erkrankungen geimpft wird:

- FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- HPV (Humane Papillomviren)
- Tetanus, Diphtherie, Pertussis (mit 6 Jahren)
- Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis (mit 11 Jahren)
- Influenza
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Meningokokken A,C,W,Y
- Meninkokokken B
- Sonstige: \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind ab 12 Jahren alleine zur Impfung in die Praxis gehen darf.

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r