



Einwilligung ab 14 Jahren Dokument

1.3.2 (4)

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 ich gegen folgende Erkrankungen geimpft werde:

- ☐ FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- ☐ HPV (Humane Papillomviren)
- ☐ Influenza
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Meningokokken A,C,W,Y
- ☐ Meninkokokken B
- ☐ Sonstige: _____

Ort/Datum

Unterschrift Patient*in

Impfeinwilligung der Eltern für Jugendliche unter 16 Jahren:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Tochter / mein Sohn gegen oben genanntes geimpft wird.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r