



## Impfablehnung

### Erklärung der Eltern/ der Sorgeberechtigten bei Nicht-Impfung des Kindes

Kind/ Jugendliche(r)

Geburtsdatum

Ich wurde von meinem Arzt über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte Gelegenheit mit ihm über Nutzen und Risiken der einzelnen Impfungen zu sprechen.

- Ich lehne die Impfung/ Immunisierung meines Kindes ab.**

**Ich lehne die Impfung meines Kindes gegen folgende Krankheiten ab:**

- Diphtherie
- Tetanus
- Keuchhusten (Pertussis)
- Kinderlähmung (Polio)
- Hib (Hämophilus influenzae Typ B)
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Meningokokken B
- Rotaviren
- Masern
- Mumps
- Röteln
- Windpocken
- Meningokokken A,C,W,Y
- RSV-Immunisierung (Beyfortus®)

Sonstige \_\_\_\_\_

- Ich möchte die empfohlenen STIKO Impfungen zu einem späteren Zeitpunkt durchführen.

Über mögliche Nachteile der Ablehnung der Impfung bzw. des späteren Impfens wurde ich ausführlich informiert.

Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten