



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

