



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendheilkunde
Fr. A. Kutzner und Fr. Dr. med. M. Rogoß
Baumstraße 1
55543 Bad Kreuznach
kinderaerztin-kreuznach@t-online.de

Tel: 0671/32988 Fax: 0671/9799607

Einverständniserklärung zur Durchführung von Impfungen

Name des Impflings:

_____ * : _____

Meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Impfungen informiert. Ich wurde über Art, Nutzen und Risiken dieser Impfung(en) aufgeklärt, mir wurden Fälle, in denen die Impfung(en) nicht erfolgen soll(en), geschildert und auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Ich wurde informiert, welche Hinweise nach der Impfung zu beachten sind.

Durchführung der Impfung gegen :

- Tetanus
- Diphtherie
- Pertussis (Keuchhusten)
- Haemophilus Influenzae Typ B (Hib)
- Polio (Kinderlähmung)
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Rotaviren
- Meningokokken C
- Masern/Mumps/Röteln
- Varizellen (Windpocken)
- Influenza (Grippe)
- Humane Papillomviren (HPV)
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Meningokokken B

andere Impfungen _____

Ich bin von meiner Ärztin im Gespräch - und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblattes ausführlich aufgeklärt worden und willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

Datum

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)

Ich lehne die Impfung(en) ab, über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Datum

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)