

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG MEINES KINDES

PATIENT:

.....

geboren.:

.....

Ich habe die Impfaufklärungsbroschüre gelesen und keine weiteren Fragen zu dieser Impfung.

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte(r) meines Kindes mit der unten bezeichneten Impfung/Impfkombination (angekreuzt) einverstanden.

- Diphtherie/Wundstarrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung
- Masern/Mumps/Röteln (MMR)
- Hepatitis B
- Hepatitis A
- HPV
- FSME (Frühsommermeningoencephalitis)
- Meningitis A, C, W135 oder Y
- Meningitis C
- Meningitis B
- Pneumokokken
- Virusgrippe
- Windpocken

Ort, Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten :

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung zur ersten Impfung unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte mit der Impfung einverstanden sind.