



## Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert.

Er/ Sie hat mir den Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er/Sie hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Tetanus
<input type="checkbox"/>	Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/>	Polio (Kinderlähmung)
<input type="checkbox"/>	Haemophilus Influenza Typ b (Hib)	<input type="checkbox"/>	Pneumokokken
<input type="checkbox"/>	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	<input type="checkbox"/>	Windpocken (Varizellen)
<input type="checkbox"/>	Rotaviren	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	Meningokokken C/B	<input type="checkbox"/>	HPV (Humane Papillomaviren)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	FSME (Zeckenzephalitis)
<input type="checkbox"/>	Influenza (Virusgrippe)	<input type="checkbox"/>	Herpes Zoster
<input type="checkbox"/>	Corona	<input type="checkbox"/>	

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfungen einverstanden.
- Ich lehne die Impfungen, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich von meinem Arzt informiert.

Patienten Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift: \_\_\_\_\_  
ggf. des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_   
Bemerkungen

\_\_\_\_\_   
Mitarbeiterzeichen

\_\_\_\_\_   
Datum

Stempel / Unterschrift Arzt