

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zu Schutzimpfungen

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Wir wurden über die nachfolgenden Impfungen und deren Krankheitserreger informiert.

Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfungen wurden uns erklärt.

Ebenso die Fälle, in denen die Schutzimpfungen nicht erfolgen sollen, geschildert.

Auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen wurden wir hingewiesen.

Uns wurden die Art der Durchführung der Impfung, die Art des Impfstoffes sowie Beginn und Dauer des Impfschutzes erläutert.

- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Diphtherie
- Keuchhusten (Pertussis)
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Haemophilus influenzae Typ b
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)
- Windpocken (Varizellen)
- Meningokokken C
- Meningokokken B
- Hepatitis A
- FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)
- . HPV (Humanes Papillomavirus)

Wir haben keine weiteren Fragen. Wir sind mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfungen einverstanden.

Datum und Unterschrift beider Erziehungsberechtigter