

**Einverständniserklärung zur Impfung**

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) **Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger**, die **Behandlungsmöglichkeiten** und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er hat mir die 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 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**.

	Tetanus ( Wundstarrkrampf)*		Diphtherie*
	Polio ( Kinderlähmung)*		Pertussis ( Keuchusten)*
	Haemophilus influenza Typ b(Hib)		Hepatitis B*
	Masern, Mumps, Röteln(MMR)*		Windpocken(Varizellen)
	FSME (Zecken)		Pneumokokken
	Rotaviren		Meningokokken C
	Influenza (Grippe)		HPV(Humane Papillomviren)
	Hepatitis A+B*		

\* **Die Stiko (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen**

**An Nebenwirkungen können u.a. auftreten:** Lokale Reaktion, Allergie, Fieber, gripp. Reaktion

- 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

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

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(ggf. des Sorgeberechtigten)