

# Einverständniserklärung zur Impfung meines Kindes

*Patient:*

*Geboren am:*

*Ich wurde über die möglichen Impfnebenwirkungen und -reaktionen aufgeklärt. Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigte (r) meines Kindes mit der unten bezeichneten Impfung (angekreuzt) einverstanden.*

- Tetanus / Diphtherie / Polio / Pertusis (vierfach-Impfstoff)
- Tetanus / Diphtherie / Pertusis (dreifach-Impfstoff)
- Masern / Mumps / Röteln (MMR)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis A + B
- HPV (Gebärmutterhalskrebs)
- FSME
- Windpocken

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte bringen Sie das Formular unterschrieben mit. Wir setzen voraus, dass beide Erziehungsberechtigte einverstanden sind.

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift Patient (ab 16 Jahre

(kein Einverständnis der Erziehungsberechtigten notwendig)