

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Adresse	
Postleitzahl und Ort	

Einverständniserklärung Impfungen

Wir wurden über die geplanten Impfungen, mögliche Impfreaktionen bzw. unerwünschte Wirkungen informiert und haben das Impfmerkblatt sowie die Impfempfehlungen der STIKO erhalten und verstanden.

☐	Wir erklären uns mit der Durchführung der Impfungen gemäß der aktuell gültigen STIKO-Empfehlung einverstanden. Diese beinhaltet Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae b (Hib), Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken B, Meningokokken C und Humane Papilloma-Viren. Bei chronisch kranken Kindern > 6 Monate zusätzlich die Grippe-Impfung (Influenza).
☐	Wir möchten ABWEICHEND von den STIKO-Empfehlungen oder GAR NICHT impfen. Über die möglichen Folgen für unser Kind und für andere Personen wurden wir ausführlich informiert. Falls wir zu einem späteren Zeitpunkt doch impfen möchten, können wir diese Erklärung jederzeit widerrufen, sind uns jedoch darüber im Klaren, dass es für bestimmte Impfungen eine Altersobergrenze gibt und diese Impfungen dann nicht mehr nachgeholt werden können. Folgende Impfungen lehnen wir für unser Kind entgegen der ärztlichen Empfehlung ausdrücklich ab: ☐ Rotavirus ☐ Tetanus (Wundstarrkrampf) ☐ Diphtherie ☐ Pertussis (Keuchhusten) ☐ Polio (Kinderlähmung) ☐ HIB ☐ Hepatitis B. ☐ Pneumokokken ☐ Masern Mumps Röteln ☐ Varizellen (Windpocken) ☐ Meningokokken B ☐ Meningokokken C ☐ Humane Papilloma-Viren
☐	Wir wurden über zusätzliche Impfungen (z.B. Reiseimpfungen, Indikationsimpfungen) und deren evtl. Kosten aufgeklärt und wünschen folgende Impfungen für unser Kind: ☐ Influenza ☐ FSME (Frühsommermeningoencephalitis) ☐ Hepatitis A ☐ Typhus ☐ Tollwut ☐ Sonstige: _____

Wir erklären uns außerdem einverstanden, an anstehende Impftermine und Vorsorgetermine erinnert zu werden.

Ort, Datum und Unterschrift BEIDER Elternteile/ Sorgeberechtigten:

Kevelaer, den