

Impferklärung

Ich wurde von meinem Arzt über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte Gelegenheit, mit ihm über Nutzen und Risiken der einzelnen Impfungen zu sprechen.

- Ich möchte die empfohlenen STIKO Impfungen ALLE durchführen lassen.
- Ich bin mit den zum Teil zeitlich abweichenden Impfschema meines Kinderarztes einverstanden.

Ich lehne die Impfung meines Kindes gegen folgende Krankheiten ab:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Hib (Hämophilus influenzae Typ B) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Meningokokken B |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | |
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | |

Sonstige: _____

Alle nicht angekreuzten Impfungen sollen gemäß STIKO Empfehlung geimpft werden.

Ich möchte die empfohlenen STIKO Impfungen zu einem späteren Zeitpunkt durchführen

Wann: _____

Über mögliche Nachteile der Ablehnung der Impfung bzw. des späteren Impfens wurde ich ausführlich informiert.

Information für Patienten mit einer privaten Krankenversicherung:

Bitte beachten Sie, dass Sie sich vor jedem Impftermin Ihres Kindes zuerst ein Rezept für den Impfstoff aus unserer Praxis holen und diesen dann am Impftermin mitbringen müssen.

Sollten Sie ohne Impfstoff zu Ihrem Impftermin erscheinen, können wir leider **KEINE** Impfung durchführen.

Datum

Unterschrift Eltern