**Kinderarztpraxis**
**Ulrike Sonntag**
**Potsdamer Chaussee 80**
**14129 Berlin**

**Tel.: 030 / 80 49 05 70**
**Fax.: 030 / 80 49 05 72**

# Einverständniserklärung zur Impfung für Säuglinge

Meine Ärztin hat mich über die nachfolgenden Krankheiten bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Sie hat mir den Nutzen und die Risiken dieser Schutzimpfungen erklärt, sowie die Fälle in denen die Schutzimpfungen nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplikationen hingewiesen. Sie 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 sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

- Rotaviren (Schluckimpfung)
- Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio, HiB, Hepatitis B
  (als 5-fach oder 6-fach Impfung möglich)
- Pneumokokken
- Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (als 3-fach oder 4-fach Impfung)
- Meningokokken

**Bitte ankreuzen:**

- o Ich habe keine weiteren Fragen.
- o Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung/en einverstanden.
- o Meine Ärztin hat mich darüber informiert, dass mehrere Termine und weitere Impfungen erforderlich sind.
- o Ich lehne die Impfung/en, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile wurde ich von meiner Ärztin informiert.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

_____ _____

Name und Unterschrift Sorgeberechtigte (bei geteiltem Sorgerecht bitte beide Elternteile)

_____

Datum