

Ulrike Sonntag
Fachärztin für Kinder- und
Jugendheilkunde
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin

Tel.: 030 / 804 90 570
Fax.: 030 / 804 90 572

E-Mail: hallo@kinderaerztin-sonntag.de

Einverständniserklärung zur Impfung

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 Impfkomplicationen 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.

6-18 Jahre	erwünscht	abgelehnt
Tetanus-Diphtherie-Pertussis	☐	☐
HPV	☐	☐
Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio	☐	☐
Hepatitis B	☐	☐

Andere Impfungen	erwünscht	abgelehnt
Grippeimpfung	☐	☐
Hepatitis A	☐	☐
Tollwut	☐	☐
Typhus	☐	☐
Meningokokken ACWY	☐	☐
Meningokokken B	☐	☐
FSME	☐	☐

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung/en einverstanden.
- ☐ Meine Ärztin hat mich darüber informiert, dass mehrere Termine & weitere Impfungen erforderlich sind.
- ☐ Ich lehne die Impfung/en, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile wurde ich von meiner Ärztin informiert. Mir ist bewusst, dass ich meine Meinung jederzeit ändern und die Impfungen nachholen kann.

Name des Kindes: _____, geboren am _____

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

Datum

Ulrike Sonntag
Fachärztin für Kinder- und
Jugendheilkunde
Potsdamer Chaussee 80
14129 Berlin

Tel.: 030 / 804 90 570
Fax.: 030 / 804 90 572

E-Mail: hallo@kinderaerztin-sonntag.de

Einverständniserklärung zur Impfung

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 Impfkomplicationen 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.

<u>0-10 Monate</u>	erwünscht	abgelehnt	<u>11-24 Monate</u>	erwünscht	abgelehnt
RS-Viren-Prophylaxe	☐	☐	Mumps-Masern-Röteln	☐	☐
Rotavirus (Schluckimpf.)	☐	☐	Mumps-Masern-Röteln-Windpocken	☐	☐
6fach Impfung	☐	☐	Windpocken	☐	☐
Meningokokken B	☐	☐	Meningokokken Typ C	☐	☐
Pneumokokken	☐	☐	Meningokokken ACWY	☐	☐

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung/en einverstanden.
- ☐ Meine Ärztin hat mich darüber informiert, dass mehrere Termine & weitere Impfungen erforderlich sind.
- ☐ Ich lehne die Impfung/en, die vorstehend gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile wurde ich von meiner Ärztin informiert. Mir ist bewusst, dass ich meine Meinung jederzeit ändern und die Impfungen nachholen kann.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

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

Datum