



Kinderarztpraxis Dr. med. Michael Rohlfing

Baumeisterallee 5, 04442 Zwenkau

Telefon: 034203 – 32185

Fax digital: 034203 – 43744

www.kinderarzt-zwenkau.de

info@kinderarzt-zwenkau.de

Einverständniserklärung Impfschutz

Name der zu impfenden Person:

Geburtsdatum:

Die Einverständniserklärung füllt aus: ☐ Mama ☐ Papa ☐ Sonstige: _____

Durchführung der gewünschten Impfung (**bitte ankreuzen**):

Im ersten Lebensjahr:

- ☐ RSV-Immunisierung für alle Säuglinge
- ☐ Rotaviren (Brechdurchfall)
- ☐ Diphtherie (Halsbräune)*
- ☐ Tetanus (Wundstarrkrampf)*
- ☐ Pertussis (Keuchhusten)*
- ☐ Haemophilus influenzae*
- ☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung)*
- ☐ Hepatitis B*
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Meningokokken B
- ☐ Influenza saisonal, ab 6 Monaten möglich

*Diese Impfungen sind Bestandteil der 6-fach Impfung.

Nach dem ersten Geburtstag:

- ☐ Mumps-Masern-Röteln (MMR) ab dem 1. Geburtstag empfohlen, ab 9 Monaten möglich
- ☐ Varizellen (Windpocken) ab dem 1. Geburtstag empfohlen, ab 9 Monaten möglich
- ☐ FSME („Zeckenimpfung“) ab dem 1. Geburtstag empfohlen
- ☐ Hepatitis A („Leberschnupfen“) ab dem 1. Geburtstag empfohlen
- ☐ Humanes Papillomavirus (HPV) ab 9 Jahren empfohlen
- ☐ Meningokokken ACWY ab 12-14 Jahren empfohlen
- ☐ Influenza saisonal (zwischen 2-6 Jahren auch als Nasenspray verfügbar)
- ☐ Auffrischungen (Tetanus, Pertussis, Polio, Grippe, FSME)

- ☐ Ich bin grundsätzlich mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung(en) einverstanden.

*Hinweis: vor jeder Impfung erfolgt eine Aufklärung über Indikation und mögliche Nebenwirkungen. Anschließend entscheiden immer die Sorgeberechtigten über die Durchführung der einzelnen Impfungen. Wir haben die gängigen Impfungen i.d.R. vorrätig und **impfen gern die ganze Familie**.*

- ☐ Ich lehne grundsätzlich alle Impfungen ab.

- ☐ Ich möchte Ihnen folgendes mitteilen/habe folgende Fragen:

Ort, Datum, Unterschrift der zu impfenden Person oder gesetzlicher Vertreter