



## Kinderarztpraxis Dr. med. Michael Rohlfing

Baumeisterallee 5, 04442 Zwenkau  
Telefon: 034203 – 32185  
Fax digital: 034203 – 43744  
[www.kinderarzt-zwenkau.de](http://www.kinderarzt-zwenkau.de)  
[info@kinderarzt-zwenkau.de](mailto: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)  
(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