** Kinderarztpraxis Dr. med. Michael Rohlfing**

Baumeisterallee 5, 04442 Zwenkau

Telefon: 034203 – 32185

Telefax: 034203 – 43744

www.kinderarzt- zwenkau.de

[info@kinderarzt-zwenkau.de](mailto:info@kinderarzt-zwenkau.de)

**Fragebogen Impfungen**

Name der zu impfenden Person: Geburtsdatum:

Ausgefüllt von: ○Mama ○Papa ○Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durchführung der Impfung (bitte ankreuzen):

○ Rotaviren (Brechdurchfall) ○ Varizellen (Windpocken)

○ Diphtherie (Halsbräune) ○ Mumps-Masern-Röteln (MMR)

○ Tetanus (Wundstarrkrampf) ○ FSME (Zeckenimpfung)

○ Pertussis (Keuchhusten) ○ Pneumokokken

○ Haemophilus influenzae ○ Meningokokken B, ACWY

○ Poliomyelitis (Kinderlähmung) ○ Humanes Papillomavirus (HPV)

○ Hepatitis B ○ Influenza (Grippe)

○ Hepatitis A

○ Ich bin grundsätzlich mit der Durchführung der oben, durch mich, 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.*

○Ich lehne grundsätzlich alle Impfungen ab.

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