



**TAMIR BIRAN**

FACHARZT FÜR KINDER - UND JUGENDMEDIZIN

KOMPETENT \* FREUNDLICH \* ZUKUNFTSORIENTIERT

## Erklärung der Eltern

Ich habe mich über die Bedeutung von Schutzimpfungen informiert und hatte Gelegenheit, mit meinem Arzt über Nutzen und Risiko der einzelnen Impfungen zu sprechen. Ich bin darüber informiert, dass ich nach der Impfung 15 Minuten in der Praxis bleiben soll.

- Ja**, ich möchte, dass mein Kind gegen folgende Krankheiten geimpft wird.
- Nein**, ich lehne die Impfung meines Kindes gegen folgende Krankheiten ab.  
Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung/en wurde ich informiert.
- Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung, Wirkung oder Nebenwirkung.

Sorgerecht: Vater    Mutter    Beide    andere Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib-Infektion, Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Pneumokokken	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Masern, Mumps, Röteln	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Windpocken (Varizellen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken C	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Rotavirus	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Außerhalb der Stiko: Meningokokken B (kostenpflichtig: <b>Pro</b> Impfung ca. 113€ in der Apotheke, sowie 25€ Impfgebühr bei uns)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter und Vater /bzw. Sorgeberechtigte

Dr. Robert-Schelp-Platz 1    66953 Pirmasens  
Tel: 06331/73098              Fax: 06331/73099  
www.tamir-biran.de        tamir.biran@gmail.com