



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.

☐ **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 und Nebenwirkung.

Sorgerecht: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Beide ☐ andere Erziehungsberechtigte: _____

Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung	Ja ☐ / Nein ☐
HPV	Ja ☐ / Nein ☐
Masern, Mumps, Röteln	Ja ☐ / Nein ☐
Windpocken (Varizellen)	Ja ☐ / Nein ☐
Meningokokken C	Ja ☐ / Nein ☐
Hepatitis B	Ja ☐ / Nein ☐
Hepatitis A (ausserhalb der Stiko)	Ja ☐ / Nein ☐
Meningokokken B (Stiko-Empfehlung für Kinder bis 5 Jahre)	Ja ☐ / Nein ☐
Meningokokken AWCY	Ja ☐ / Nein ☐
FSME (ausserhalb der Stiko)	Ja ☐ / Nein ☐

Außerdem bin ich einverstanden, dass mein Kind gegebenenfalls ab dem 16. Geburtstag alleine zur Impfung in die Praxis kommt

☐ **Ja**

☐ **Nein**

Vor und Zuname des Kindes: _____

Geburtstag des Kindes _____

Datum: _____

Unterschrift Mutter und Vater/bzw. Sorgeberechtigte
