



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 ☐ / Nein ☐

Pneumokokken Ja ☐ / Nein ☐

Masern, Mumps, Röteln Ja ☐ / Nein ☐

Windpocken (Varizellen) Ja ☐ / Nein ☐

Meningokokken C Ja ☐ / Nein ☐

Meningokokken B (bis 5 Jahre von der STIKO Empfohlen) Ja ☐ / Nein ☐

Meningokokken AWCY Ja ☐ / Nein ☐

Rotavirus Ja ☐ / Nein ☐

Vor- und Zuname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Unterschrift Mutter und Vater /bzw. Sorgeberechtigte