



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 <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
HPV	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"/>
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis A (außerhalb der Stiko, Reiseimpfung)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken B (Stiko-Empfehlung für Kinder bis 5 Jahre)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken AWCY (außerhalb der Stiko, Reiseimpfung)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
FSME (außerhalb der Stiko)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

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

Dr. Robert-Schelp-Platz 1 66953 Pirmasens

Tel: 06331/73098 Fax: 06331/73099

www.tamir-biran.de tamir.biran@gmail.com