

Impfeinverständnis

Pat.-Name:.....

Ich wünsche die Durchführung der folgende Impfungen (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-HepB-Hib (6-fach) | <input type="checkbox"/> Meningokokken - C |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken (Konjugat) | <input type="checkbox"/> Meningokokken - B |
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Meningokokken - ACWY |
| <input type="checkbox"/> Masern-Mumps-Röteln | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Masern-Mumps-Röteln-Windpocken | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> TdaP (3-fach) | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> TdaP-IPV (4-fach) | <input type="checkbox"/> |

Ich bin von meinem Arzt/Ärztin unter Verwendung eines Aufklärungsbogens/Merkblatt ausführlich über die gewünschte Impfung aufgeklärt worden.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die oben markierte Impfung(en) ein.
- Ich lehne die Impfung(en) ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Sonstiges:.....

Hürth, den.....

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Arzt/Ärztin