Erklärung der Eltern

Ich wurde entsprechend den unten aufgeführten Kriterien (siehe Anmerkung) über die durchzuführenden Schutzimpfungen aufgeklärt und hatte Gelegenheit, mit meinem Arzt/meiner Ärztin über Nutzen und Risiken der einzelnen Impfungen zu sprechen und habe keine weiteren Fragen.

☐ Ja, ich möchte, dass mein Kind geimpft wird (wenn Sie grundsätzlich einverstanden sind, reicht das Kreuz hier)

☐ Nein, ich lehne die Impfung meines Kindes gegen folgende Krankheiten ab:

Ja	Nein	
☐	☐	Rotaviren
☐	☐	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib-Infektionen, Hepatitis B
☐	☐	Pneumokokken
☐	☐	Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen)
☐	☐	Meningokokken der Gruppen „ACWY“
☐	☐	Meningokokken Gruppe „B“
☐	☐	Hepatitis A
☐	☐	Hepatitis B (Nachholimpfung)
☐	☐	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Auffrischimpfung mit 5 Jahren)
☐	☐	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung (Auffrischimpfung mit 10 Jahren)
☐	☐	Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
☐	☐	Grippe (Influenza)
☐	☐	Humane Papillomviren (HPV) assoziierte Tumore (ab 9 Jahren)
☐	☐	Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) – bitte schauen Sie im Impfausweis, ob Ihr Kind schon geimpft wurde im KHS
☐	☐	_____

Name: _____Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten: _____ Datum: _____

Anmerkung:

Vor jeder Schutzimpfung hat der impfende Arzt/die impfende Ärztin den Impfling bzw. den Erziehungsberechtigten aufzuklären. Die Aufklärung umfasst insbesondere Informationen über die zu verhütende Krankheit, den Nutzen der Impfung, Informationen über Dauer und Beginn der Schutzwirkung. Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Komplikationen sowie Hinweise zu Auffrischimpfungen und Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung. Die alleinige Aufklärung durch ein Merkblatt ist nicht ausreichend, es muss immer auch die Gelegenheit für ein persönliches Gespräch mit dem impfenden Arzt/der impfenden Ärztin gegeben werden.