



DR. MED.
LISA FREUDE

FACHÄRZTIN FÜR KINDER- & JUGENDMEDIZIN
ZB ALLERGOLOGIE

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Schallweg 26 | 14089 Berlin

030 - 809 23 501

praxis@kinder-freude.com
termin@kinder-freude.com

www.kinder-freude.com



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG IMPFUNGEN / IMPFABLEHNUNG

VORNAME UND NAME PATIENT*IN

GEBURTSDATUM PATIENT*IN

Impfungen gegen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Meningokokken B |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b (Hib) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B o HPV (Humane Papillomaviren) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C |
| <input type="checkbox"/> FSME – regionsabhängig | |
| <input type="checkbox"/> Grippe – für chronisch Erkrankte | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A – regionsabhängig (Reiseimpfung) | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Ich bin von Frau Dr. med. Lisa Freude/Ärztin/Arzt im Gespräch und unter Verwendung des schriftlichen Elternratgebers im Informationsbereich der Praxis ausführlich über die o.g. Impfungen sowie mögliche Komplikationen aufgeklärt worden und habe alle Fragen im persönlichen Gespräch klären können.

Ich willige hiermit in die Durchführung der derzeit von der STIKO empfohlenen / oben angekreuzten Impfungen bei meinem Kind ein.

Ich lehne hiermit bewusst die Durchführung der unten schriftlich aufgeführten Schutzimpfungen bei meinem Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder dieser impfpräventablen Erkrankungen und deren mögliche Folgen bzw. bleibende Folgeschäden bis hin zum Tod informiert und hatte ausreichend Gelegenheit, eigene Fragen zu stellen.

VORNAME UND NAME DES SORGEBERECHTIGTEN

DATUM

UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTER

UNTERSCHRIFT DR. L. FREUDE / ÄRZTIN

