

## Erklärung zur Impfung gegen

- Tetanus Diphtherie
- Tetanus Diphtherie Polio
- Tetanus Diphtherie Pertussis
- Tetanus Diphtherie Pertussis Polio
- Poliomyelitis
- Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis A und B
- Grippe (Influenza)
- Mumps-Masern-Röteln
- Pneumokokken
- Meningokokken
- Varizellen
- Herpes zoster
- HPV

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ habe das Informationsblatt zu der angekreuzten Impfung gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin zu klären sowie von ihr /ihm weiterführenden Informationen zu erhalten.

Ich bin mit der Impfung:

- Einverstanden
- Nicht einverstanden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe. Über mögliche negative Folgen meiner Entscheidung wurde ich informiert.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin