

## Einverständniserklärung zur Impfung

### IMPFPLAN FÜR KINDER IN DEUTSCHLAND

**Beginn im Alter von 9 Wochen:** Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib (Haemophilus influenzae Typ B), Hepatitis B (= 6-fach), Pneumokokken, Rotavirus, Meningokokken B

**Ab Alter von 11 Monaten:** Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (= MMRV), Meningokokken C, Auffrischung 6-fach, Pneumokokken und Meningokokken B

**Ab dem Grundschulalter:** Auffrischung Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und im Verlauf Kinderlähmung

**Ab 9 Jahren:** HPV (Humane Papilloma Viren)

Ich habe die Impfaufklärung der Praxis gelesen und bin über die Bedeutung und Risiken der aufgelisteten Schutzimpfungen informiert. Ich bin mir bewusst, dass in der Praxis die Impfungen gemäß Empfehlung der STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) umgesetzt und empfohlen werden. Noch offene Fragen konnte ich im persönlichen Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt klären.

- JA – Ich wünsche, dass mein Kind gemäß der Empfehlung der STIKO nach dem aktuell gültigen Impfplan geimpft wird. Ich habe keine weiteren Fragen.
- NEIN – Ich lehne bewusst die oben aufgeführten Schutzimpfungen für mein Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder und möglichen Folgen bzw. bleibenden Folgeschäden bis hin zum Tod aufgeklärt. Ich bin darüber aufgeklärt, dass es eine Masernimpfpflicht gibt und ich mein Kind für eine Betreuung in der Praxis ab dem 1. Geburtstag dagegen impfen lassen muss. Ich werde zu einem/einer anderen Kinderarzt /-ärztin für mein Kind wechseln, der/die meine Überzeugungen teilt.
- Ich möchte mein Kind grundsätzlich impfen lassen, habe aber folgende Einschränkungen:

---

---

---

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Datum

Unterschrift (erziehungsberechtigte Person)