



Kehr & Kratzer

Hausärztliche Praxis

Einverständniserklärung

Name des Impflings: _____

Geboren am: _____

Durchführung der Impfung gegen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Hib | ☐ Influenza | ☐ Pertussis |
| ☐ Pneumokokken | ☐ Hepatitis A | ☐ FSME |
| ☐ MMR | ☐ Hepatitis B | ☐ Typhus |
| ☐ Meningokokken | ☐ Tetanus | ☐ Tollwut |
| ☐ Varizellen | ☐ Diphtherie | ☐ Tdap |
| ☐ HPV | ☐ Poliomyelitis | ☐ Gürtelrose |
| ☐ Rotaviren | ☐ Tdap-IPV | |

- ☐ Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen gegen COVID-19
(Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoffen – Comirnaty®, Spikevax®

Kombinationsimpfstoffe: _____

- ☐ Ich bin mit meinem Arzt / meiner Ärztin / der Impfassistentin im Gespräch und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.
- ☐ Der Aufklärungsbogen über die Impfung wurde mir ausgehändigt
- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen
- ☐ Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein
- ☐ Ich lehne die Impfung(en) ab.
Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert
- ☐ Über evtl. Kosten für Impfungen außerhalb der Krankenkassenleistungen wurde ich informiert

Vermerk: _____

Datum: _____

Unterschrift des Impflings / des Sorgeberechtigten

Unterschrift der Ärztin / des Arztes / der Impfassistentin