



Impfvereinbarung

zwischen
der Kinderarztpraxis Patricia Winkler
und
den Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Vormund von

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Eltern/Erziehungsberechtigte
ggf. Vormund _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Zweck der Vereinbarung

Diese Impfvereinbarung dient dazu, die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Vormund über die Impfempfehlungen für ihr Kind zu informieren und die Zustimmung zur Durchführung der empfohlenen Impfungen einzuholen. Die Impfungen erfolgen gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Diese können Sie unter anderem der Seite www.rki.de entnehmen.

Impfempfehlungen

Die folgenden Impfungen werden für Ihr Kind empfohlen.

Die hier markierten Impfungen werden entsprechend der Zustimmung der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Vormund gemäß den vorgegebenen Impfabständen geimpft:

- ☐ RSV
- ☐ Rotaviren
- ☐ Tetanus
- ☐ Diphtherie
- ☐ Pertussis
- ☐ Poliomyelitis
- ☐ H. influenzae b
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Meningokokken B
- ☐ Meningokokken C
- ☐ Mumps, Masern, Röteln
- ☐ Varizellen
- ☐ HPV
- ☐ Influenza (saisonal)
- ☐ Sonstige



Aufklärung

Die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. der Vormund wurden über die Bedeutung der Impfungen, die empfohlenen Zeitpunkte sowie mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt. Sie haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen und erhalten alle notwendigen Informationen.

Einwilligung der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Vormund

Hiermit stimmen die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. der Vormund zu, dass die genannten und markierten Impfungen bei ihrem Kind durchgeführt werden. Sie bestätigen, dass sie über die Impfungen, deren Nutzen und mögliche Nebenwirkungen informiert wurden. Den Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. dem Vormund ist bekannt, dass in Deutschland eine Masernimpfpflicht besteht.

Datenschutz

Die persönlichen Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. des Vormundes und des Kindes werden vertraulich behandelt und nur im Rahmen der medizinischen Versorgung verwendet.

Widerruf der Einwilligung

Die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. der Vormund haben das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. In diesem Fall bitten wir um eine schriftliche Mitteilung.

Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. der Vormund, dass sie diese Impfvereinbarung gelesen und verstanden haben.

Datum und Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. Vormund

Datum und Unterschrift der Ärztin mit Praxisstempel

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in unsere Praxis und freuen uns darauf, Ihr Kind bestmöglich zu betreuen!