

## Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) **Krankheit(en)** bzw. **Krankheitserreger**, die **Behandlungsmöglichkeiten** und über die **Schutzimpfungen** gegen diese Krankheiten informiert. Er hat mir die **Nutzen und Risiken** dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen geschildert und mich auf die **möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen** hingewiesen. Er hat mich ferner über die Art und Weise der **Durchführung der Impfung**, über die **Art des Impfstoffes** und **über Beginn und Dauer des Impfschutzes** informiert sowie darüber, wie ich mich **nach der Impfung verhalten** soll.

### Ab vollendetem 11. Lebensmonat (U6)

- **Masern, Mumps, Röteln und Windpocken** } 2 Impfungen im Abstand von mindestens 3 Monaten!

### Ab vollendetem 12. Lebensmonat (nach dem 1. Geburtstag)

- **Meningokokken Typ C**
- Alternativ Kombination **Meningokokken ACWY** (IGeL Kosten ca. 51€)

**Hinweis:** Der Freistaat Bayern empfiehlt Impfungen gemäß der Empfehlung der STIKO (Ständige Impfkommission). Bei Impfungen außerhalb dieser Empfehlung übernimmt der Freistaat Bayern keine Haftung bei möglichen Impfschäden.

- **FSME** als Indikationsimpfung in FSME-Risikogebieten

---

### Sonstige

- **Influenza (Virusgrippe)**
- **HPV (Humane Papillomviren)**  
(ab dem 9. Geburtstag - sowohl für Mädchen als auch für Jungen!!!)
- **Meningokokken Typ B**  
  
>> bisher nur für Kinder mit Abwehrschwäche (Immundefekt) von der StIKo (Ständige Impfkommission) empfohlen (Kosten pro Impfung ca. 160 €)

**Hinweis:** Der Freistaat Bayern empfiehlt Impfungen gemäß der Empfehlung der STIKO (Ständige Impfkommission). Bei Impfungen außerhalb dieser Empfehlung übernimmt der Freistaat Bayern keine Haftung bei möglichen Impfschäden.

- 
- Ich habe keine weiteren Fragen
  - Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfung/en einverstanden
  - Mein Arzt hat mich darüber informiert, dass weitere Impfungen erforderlich sind
  - Ich lehne die Impfung(en), die vorstehend gekennzeichnet sind ab.  
Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich von meinem Arzt informiert

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (des Geimpften)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschriften d. Sorgeberechtigten



Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben.

Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.