

Kinderarztpraxis Lichtenrade  
Dr. med. Carolin Portack  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Lichtenrader Damm 49, 12305 Berlin

Tel.: (030) 741 87 44  
Fax: (030) 742 03 211

## Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen bzw. der RSV-Prophylaxe

entsprechend den Impfeempfehlungen der ständigen Impfkommission STIKO  
am Robert Koch Institut, in der zuletzt veröffentlichten Fassung

**Betrifft** (Name und Geburtsdatum des Kindes): \_\_\_\_\_

Ich/Wir haben die jeweiligen Informationsbroschüren des DGK über die  
Impfungen gelesen und bin/sind auf die Möglichkeit hingewiesen worden,  
mich/uns über alle möglichen mich/uns interessierenden Fragen durch ein  
Gespräch mit der betreuenden Ärztin informieren zu lassen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus                            | <input type="checkbox"/> Meningokokken B             |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                         | <input type="checkbox"/> Meningokokken C             |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)            | <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln       |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)              | <input type="checkbox"/> Varizellen                  |
| <input type="checkbox"/> HIB (Haemophilus influenzae Typ b) | <input type="checkbox"/> Rotavirus                   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                        | <input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillom Viren) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken                       | <input type="checkbox"/> RSV-Prophylaxe              |

**Ich lehne folgende Impfungen/Prophylaxe ab:**

---

---

**Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen/Prophylaxe  
wurde ich informiert.**

Berlin, den

Unterschrift  
des/der Sorgeberechtigten  
(i.d.R. beider Elternteile)

Unterschrift  
der MFA

Unterschrift  
der Ärztin