

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.

- | | |
|---|--|
| ☐ Tetanus | ☐ Meningokokken B |
| ☐ Diphtherie | ☐ Meningokokken ACWY |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Masern, Mumps, Röteln |
| ☐ Polio (Kinderlähmung) | ☐ Varizellen |
| ☐ HIB (Haemophilus influenzae Typ b) | ☐ Rotavirus |
| ☐ Hepatitis B | ☐ HPV (Humane Papillom Viren) |
| ☐ Pneumokokken | ☐ 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