

## 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 der 9. Woche

- **Tetanus**
- **Diphtherie**
- **Pertussis (Keuchhusten)**
- **Haemophilus influenzae Typ b (Hib)**
- **Polio (Kinderlähmung)**
- **Hepatitis B**
- **Pneumokokken**
- **Rotaviren (Schluckimpfung)**

} 2 x im Abstand von 2 Monaten  
+ 1x im Abstand von mind. 6 Mon. nach d. letzten Impfung  
\* **Ausnahme: Frühgeborene erhalten anfangs 3 Impfungen im Abstand von jeweils 1 Monat**

Beginn: *frühestens ab der vollendeten 6. Lebenswoche, spätestens vor der 12. Lebenswoche*

- 
- **Meningokokken Typ B**

>> **seit 18.01.2024 offizielle STIKO Empfehlung für alle Säuglinge ab 2 Monaten**  
Aktuell noch Selbstzahlerleistung (Kosten pro Impfung ca. 160 €).  
Die meisten Krankenkassen erstatten jedoch die Kosten.

**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.