



Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis  
Vorsfelde/ Velpke  
Dr. med. Sören Westerholt Dr. med. Jan Matyas  
und Kollegen/innen  
Lange Strasse 44 38448 Wolfsburg/  
Oebisfelderstr. 6a 38458 Velpke  
Fon 05363 8130630 Fax 05363 81306310  
Mobil 0157 54556397  
Mail praxis@wob-doc.de Web www.wob-doc.de

20.08.2023

**Patient: Egon, Mustermann 12.12.2021**  
**Einverständniserklärung zur Impfung**

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

Ja Nein Standardimpfungen komplett

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis), HIB-Infektion, Hepatitis B*, Pneumokokken, Rotaviren<sup>§</sup> Masern, Mumps, Röteln, Windpocken*, Meningokokken C, HPV</b>
--------------------------	--------------------------	---

Ja Nein Einzelne Impfungen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderlähmung (Poliomyelitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIB- Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumokokken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotaviren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masern, Mumps, Röteln*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken (Varizellen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningokokken B -> <b>Igel-Leistung</b> / Indikationsimpfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningokokken C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPV -> ab 9 Jahren empfohlen*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B

\*Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfungen

Ich habe keine weiteren Fragen

Ich habe folgende Fragen: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Durchführung der oben mit „ja“ gekennzeichneten Impfungen einverstanden.

Ich lehne die Impfungen, die vorstehend mit „nein“ gekennzeichnet sind ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich von meinem Arzt informiert

**KEINE IMPFUNGEN ERWÜNSCHT!**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten