



Dr. med. Hubertus Kratzer
Praxis für Allgemeinmedizin

Einverständniserklärung

Name des Impflings: _____

Geboren am: _____

Durchführung der Impfung gegen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Pertussis |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Varizellen | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tdap |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> Gürtelrose |
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Tdap-IPV | |

- Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen gegen COVID-19
(Corona Virus Disease 2019) - mit mRNA-Impfstoffen - Comirnaty®, Spikevax®

Kombinationsimpfstoffe: _____

- Ich bin mit meinem Arzt / meiner Ärztin / der Impfassistentin im Gespräch und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.
- Der Aufklärungsbogen über die Impfung wurde mir ausgehändigt
- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein
- Ich lehne die Impfung(en) ab.
Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert
- Über evtl. Kosten für Impfungen außerhalb der Krankenkassenleistungen wurde ich informiert

Vermerk: _____

Datum: _____

Unterschrift des Impflings / des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes / der Ärztin / der Impfassistentin