

## **Einverständniserklärung Kinderimpfungen**

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der Impfungen gemäß den Empfehlungen der Stiko.

Ich verstehe, dass Impfungen dazu beitragen können, mein Kind vor schwerwiegenden Krankheiten zu schützen, und dass sie dazu beitragen können, die Verbreitung von Infektionen in der Gemeinschaft zu kontrollieren.

Ich bin mir bewusst, dass Impfungen Nebenwirkungen haben können, die in den meisten Fällen mild und vorübergehend sind. Ich habe die möglichen Nebenwirkungen mit meinem Arzt besprochen und verstehe, dass schwerwiegende Nebenwirkungen äußerst selten sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Impfungen von einem medizinischen Fachpersonal durchgeführt werden.

Ich verstehe, dass ich das Recht habe, Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern, und dass mein Arzt für weitere Informationen zur Verfügung steht.

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

**Telefon: 07722 – 4380**

Fax: 07722 – 920 500

Mobil: 0151-22496747

Mail: [formulare@doc-ruch.de](mailto:formulare@doc-ruch.de)

[www.doc-ruch.de](http://www.doc-ruch.de)

Sparkasse Schwarzwald-Baar | IBAN: DE25 6945 0065 0151 0486 44 | BIC: SOLADES1VSS