

## Einverständniserklärung zu Indikationsimpfungen

Je nach individuellem Risiko bzw. vorliegender Grunderkrankung, als Reiseschutz oder auf persönlichen Wunsch (IGeL-Leistung) sind folgende Impfungen für Ihr Kind empfohlen:

- |   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken       | <input type="checkbox"/> Meningokokken B | <input type="checkbox"/> FSME  |
| <input type="checkbox"/> Influenza (Grippe) | <input type="checkbox"/> Covid-19        | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY | <input type="checkbox"/> Hepatitis A     |                                |

- JA – Ich wünsche, dass mein Kind gemäß der Empfehlung die oben genannten Impfungen erhält. Ich habe keine weiteren Fragen.
- NEIN – Ich lehne bewusst die oben aufgeführten Schutzimpfungen für mein Kind ab. Ich wurde ausführlich über die Krankheitsbilder und möglichen Folgen bzw. bleibenden Folgeschäden bis hin zum Tod aufgeklärt.
- Ich möchte mein Kind grundsätzlich gegen die oben genannten Erkrankungen impfen lassen, habe aber folgende Einschränkungen:

---

---

---

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Datum

Unterschrift (erziehungsberechtigte Person)