

Einwilligung zur Impfung

Gemeinschaftspraxis Korschenbroich
Dr. Freitag · Dr. Wolferink · Dr. Rau · Dr. Körfer

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich über folgende Punkte aufgeklärt:

1. Umfassende Aufklärung über die zu verhütende Krankheit und über den Nutzen meiner Impfung
2. Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen meiner Impfung
3. Empfehlung über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung
4. Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung
5. Hinweis zu Auffrischimpfungen

Erklärung zur Impfung

Ich , geb. am

wurde zu den genannten Impfung/en umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten im Gespräch mit der u. g. Ärztin / dem u. g. Arzt zu klären sowie weiterführende Informationen zu erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen.

- ☐ Ich bin mit der Durchführung der genannten Impfungen einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der genannten Impfungen nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich meine Ärztin / mein Arzt informiert.

Ort, Datum:

Unterschrift des Impflings

Stempel / Unterschrift Arzt