



Kinderarztpraxis Dr. med. Michael Rohlfing

Baumeisterallee 5, 04442 Zwenkau

Telefon: 034203 – 32185

Telefax: 034203 – 43744

www.kinderarzt-zwenkau.de

info@kinderarzt-zwenkau.de

Fragebogen Impfungen

Name der zu impfenden Person:

Geburtsdatum:

Ausgefüllt von: ☐ Mama ☐ Papa ☐ Sonstige: _____

Durchführung der Impfung (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| ☐ Rotaviren (Brechdurchfall) | ☐ Varizellen (Windpocken) |
| ☐ Diphtherie (Halsbräune) | ☐ Mumps-Masern-Röteln (MMR) |
| ☐ Tetanus (Wundstarrkrampf) | ☐ FSME (Zeckenimpfung) |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Pneumokokken |
| ☐ Haemophilus influenzae | ☐ Meningokokken B, ACWY |
| ☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung) | ☐ Humanes Papillomavirus (HPV) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Influenza (Grippe) |
| ☐ Hepatitis A | |

☐ Ich bin grundsätzlich mit der Durchführung der oben, durch mich, gekennzeichneten Impfung(en) einverstanden.

Hinweis: vor jeder Impfung erfolgt eine Aufklärung über Indikation und mögliche Nebenwirkungen. Anschließend entscheiden immer die Sorgeberechtigten über die Durchführung der einzelnen Impfungen.

☐ Ich lehne grundsätzlich alle Impfungen ab.

Ort, Datum, Unterschrift der zu impfenden Person oder gesetzlicher Vertreter