



Im Ermesgraben 12
54338 Schweich

Fon: +49 6502 1096
Fax: +49 6502 20946
info@kinderarztpraxis-schweich.de
www.kinderarztpraxis-schweich.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Aufklärung über Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO)
zur **Schutzimpfung gegen Meningokokken B**.

Hiermit bestätige ich:

Vorname, Name:

geboren am:

von meiner Ärztin ausführlich über Einzelheiten der Schutzimpfung gegen
Meningokokken B aufgeklärt worden zu sein.
Dabei ist mir unter anderem auch das Merkblatt des Deutschen Grünen Kreuzes e.V.
ausgehändigt worden.

Ich bin ebenfalls darüber informiert worden, dass die STIKO zurzeit eine Schutz-
impfung gegen Meningokokken B nicht allgemein für alle Kinder empfiehlt.
Deshalb besteht bei Impfschäden in der Regel kein Anspruch auf Versorgung gemäß
dem Bundesimpfchutzgesetz in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz.

Hiermit willige ich:

Vorname, Name:

als gesetzliche/r Vertreter/in ein, dass mein oben genanntes Kind gegen
Meningokokken B geimpft wird.

X

.....
Ort, Datum, Unterschrift // gesetzliche/r Vertreter/in

.....
Ort, Datum, Unterschrift // Dr. C. Bindl / Dr. B. Schwing
Kinder- und Jugendarztpraxis

Haben Sie Fragen?
Wir helfen Ihnen gerne weiter :-)