

## Einverständniserklärung zur Impfung

### Mögliche Risiken und Nebenwirkungen

- Lokalreaktionen (Schwellung, Rötung, Schmerzen)
- Abgeschlagenheit
- Kopfschmerzen
- Übelkeit
- In seltenen Fällen: Fieber, Schüttelfrost

Eine schriftliche Impfempfehlung liegt mir vor.

### Verhalten nach Impfungen

- Am Impf-Tag und dem darauffolgenden Tag keine sportliche Betätigung oder andere körperliche Anstrengung
- Den geimpften Arm 1-2 Tage schonen (keine ungewohnte Belastung)

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an weitere Impftermine erinnern (Recall-System).

**Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen habe und erkläre mich, mit der/den geplanten Impfung(en) für mein Kind einverstanden.**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten