



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Einverständniserklärung zum Impfen von Kindern

Name des Kindes:
Geburtsdatum des Kindes:

geplante Impfung:

☐ HPV1 ☐ HPV2 ☐ ggf HPV3 ☐ MeningokokkenACWY
☐ Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Polio ☐ FSME ☐ andere Impfung

Wir bieten keine Reiseberatung an.

Impfungen, die für eine Auslandsreise notwendig sind, können ggf. hier durchgeführt werden. Dann fallen 15 Euro für die Impfleistung an, die sofort gezahlt werden müssen, sowie die Kosten für den Impfstoff.

Bitte füllen Sie dann auch den Beschaffungsauftrag (siehe unten) für die Apotheke aus.

Reiseimpfung:

☐ Meningokokken B ☐ Hepatitis A ☐ andere

Termin am:

Über die Impfungen habe ich bei einem Termin in der Praxis bereits mit einem Arzt/Ärztin gesprochen:

ja ☐ nein ☐

Mein Kind darf sich für die o.g. Impfung alleine in der Praxis vorstellen:

Ja ☐ nein ☐

Für telefonische Rückfragen bin ich an dem Tag unter erreichbar.

Nach erfolgter Impfung wird das Kind 15 Minuten in der Praxis überwacht, bevor es alleine nach Hause/in die Schule geschickt wird.

Wir impfen nur, wenn der Impfpass, die Gesundheitskarte und diese Einwilligung ausgefüllt und unterschrieben vorliegen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die o. g. Punkte zur Kenntnis genommen habe und willige vollständig in das Vorgehen ein.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Beschaffungsauftrag für kühlpflichtige Impfstoffe und Arzneimittel

Hiermit beauftrage ich den behandelnden Arzt, die für die Durchführung der Impfung in der Praxis benötigten kühlpflichtigen Impfstoffe/Arzneimittel in meinem Namen bei der

X Apotheke seiner Wahl

zu besorgen und das erforderliche Rezept (bei einem E-Rezept den so genannten Zugangstoken) nebst meiner Telefonnummer direkt an die betreffende Apotheke zu senden bzw. dieses der Apotheke soweit möglich zugänglich zu machen. Für mich von der gewählten Apotheke gelieferte, patientenindividuell gekennzeichnete kühlpflichtige Impfstoffe/Arzneimittel nimmt der behandelnde Arzt entgegen und bewahrt diese bis zum Anwendungstermin für mich auf. Der behandelnde Arzt kann Informationen zur Datenverarbeitung und zum Impfstoff von der Lieferapotheke für mich entgegennehmen.

Die zur Durchführung des Beschaffungsauftrages einschließlich der Zahlungsabwicklung benötigten Rezeptdaten und meine Telefonnummer darf der behandelnde Arzt der gewählten Apotheke übermitteln. Für die Übermittlung der Rezeptdaten bzw. der Zugangsdaten zum E-Rezept entbinde ich den Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber der Lieferapotheke. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht, ebenso wie den gesamten Beschaffungsauftrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Von mir ggf. zu entrichtende gesetzliche Arzneimittelzuzahlungen oder - sofern ich privat versichert bin oder meine Versicherung das Arzneimittel nicht erstattet - den Kaufpreis für das Arzneimittel bezahle ich nach Rechnungsstellung der gewählten Apotheke. Diese Rechnung ist gleichzeitig mein Beleg für den Nachweis der Zahlung oder Zuzahlung bei meiner Krankenkasse/Krankenversicherung.

Dieser Beschaffungsauftrag gilt auch für zukünftige kühlpflichtige Impfstoffe/Arzneimittel, die ich im Zusammenhang mit einer Impfserie, z.B. im Rahmen einer Grundimmunisierung benötige.

Diesen Auftrag kann ich jederzeit gegenüber meinem Arzt widerrufen. Dieser Beschaffungsauftrag gilt ferner für kühlpflichtige Impfstoffe/Arzneimittel, die bei zukünftigen Impfungen (außerhalb von Impfserien) für mich benötigt werden. Diesen Auftrag kann ich jederzeit gegenüber meiner Ärztin / meinem Arzt widerrufen.

*Der EB übernimmt die Verpflichtung zur Zahlung als eigene Verpflichtung.

- bitte alle Angaben in Druckbuchstaben!

Vor- und Nachname des Impflings

Geburtsdatum des Impflings

Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten (EB)*

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/r

02233126

Dr. med. Inka Held

Dr. med. Sarah Müller-Stöver

Fachärztinnen für Kinder- & Jugendmedizin,
pädiatrische Pneumologie & Allergologie

Dr. med. Janneke Ohlhoff

Fachärztinnen für Kinder- & Jugendmedizin,
pädiatrische Gastroenterologie

Friesenweg 2 – 22763 Hamburg

Tel. 040 / 380 64 76 – Fax. 040 / 380 53 52