

# Einverständniserklärung für minderjährige Patient:innen (Wahrnehmung von Terminen ohne Begleitung der Eltern)

Hiermit bestätige(n) ich/wir als Sorgeberechtigte, dass mein/unser Kind:

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

den anstehenden Termin in der Kinderarztpraxis **alleine** wahrnehmen darf.

## 1. Umfang der Einwilligung

Ich bin / Wir sind mit folgenden Maßnahmen einverstanden (bitte ankreuzen):

Durchführung von fälligen Standardimpfungen gemäß STIKO

Durchführung einer spezifischen Impfung / Behandlung: \_\_\_\_\_

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. J1, J2) inkl. Urinuntersuchung.

Akute Behandlung bei Infekten (inkl. Blutentnahme oder Wundversorgung, falls nötig).

## 2. Bestätigung der Aufklärung

- Ich/Wir haben die entsprechenden Informationen zu den verschiedenen Schutzimpfungen (im Downloadbereich: Ordner Impfung) vorab gelesen und verstanden.
- Es bestehen aktuell **keine schweren akuten Infekte, kein Fieber in den letzten 2 Wochen** oder bekannte Unverträglichkeiten gegen Impfstoffkomponenten.
- Für Rückfragen während des Termins bin ich/sind wir telefonisch erreichbar unter folgender Telefonnummer:  
3. Rechtlicher Hinweis (besonders bei gemeinsamem Sorgerecht)

Bei routinemäßigen Maßnahmen (z. B. Standardimpfungen gemäß STIKO) gehen wir davon aus, dass Einigkeit zwischen beiden Sorgeberechtigten besteht und die Unterschrift eines Elternteils stellvertretend für beide erfolgt. Bei Maßnahmen, die über den Standard hinausgehen oder bei Uneinigkeit, müssen beide Erziehungsberechtigten unterzeichnen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie zur Erteilung dieser Einwilligung berechtigt sind.

---

**Wichtig:** Bitte geben Sie Ihrem Kind zum Termin unbedingt den **Impfpass** und die **Versichertenkarte** mit!

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift (mind. eines) Sorgeberechtigten**