Einverständniserklärung zur Schulimpfaktion

im Schuljahr ……../……..

Ich, Frau/Herr .....

als

Erziehungsberechtigte(r) der Schülerin/des Schülers

..... _____, _____Klasse:.....

Name der Schülerin/des Schülers Vers.Nr. Geb.Datum d.Schülers/in

erkläre mich mit der Impfung meines Kindes gegen

schulärztinnen und schulärzte

○ dT-Polio (Diphtherie-Tetanus- Kinderlähmung) **Revaxis®**
=1.Schulstufe

○ MMR (Masern-Mumps-Röteln) = 1.oder 2.Schulstufe

○ Hepatitis B (3 Teilimpfungen) = 7.Schulstufe

○ dT- PEA (Diphtherie-Tetanus- Keuchhusten) **Boostrix®**
= 8.Schulstufe

○ ..... *einverstanden:* ○ **JA**

Bezeichnung der Impfung

○ NEIN

.

bereits geimpft ☐
wird beim HA/KA geimpft ☐
andere Gründe ☐

…… ……

(Datum) (Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

IMPFPASS vorlegen !!!

☺ zutreffendes ankreuzen X

LSR f. Bgld., Schulmedizinischer Dienst (VI/05)