

Einverständniserklärung

zur Durchführung der Impfung gegen: **(nicht gewünschte Impfungen bitte durchstreichen)**

Polio Diphtherie Tetanus Keuchhusten Masern-Mumps-Röteln Windpocken

Wir haben/ich habe als gesetzliche(r) Vertreter/in des Kindes/des oder der Jugendlichen

Bitte in leserlichen Druckbuchstaben ausfüllen!

Name des Kindes/d. Jugendlichen	Vorname des Kindes/d. Jugendlichen	Geburtsdatum

den Inhalt des Merkblatts/der Merkblätter zur Impfung zur Kenntnis genommen und sind/bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, ergänzende Informationen durch die impfende Ärztin oder den impfenden Arzt des durchführenden Fachbereiches Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen zu erhalten. Wir/ich verzichte(n) ausdrücklich auf eine mündliche Aufklärung.

Wir/ich habe(n) keine weiteren Fragen und willige(n) in die vom Fachbereich Gesundheitsamt für erforderlich gehaltenen Impfung(en) mit einem Einfach-oder Mehrfachimpfstoff ein.

Das/Der/Die zu impfende Kind/Jugendliche gehört folgender gesetzlichen Krankenkasse an:

- ☐ AOK **(bitte Ort angeben!)**
-
- ☐ Betriebskrankenkasse **(bitte genauen Namen und Ort angeben!)**
-
- ☐ Innungskrankenkasse **(bitte genauen Namen und Ort angeben!)**
-
- ☐ der landwirtschaftlichen Krankenkasse **(bitte genauen Namen und Ort angeben!)**
-
- ☐ der Knappschaft
-
- ☐ einer Ersatzkasse **(bitte genauen Namen und Ort angeben!)** BARMER GEK, Techniker Krankenkasse (TK), DAK, KKH-Allianz, Hanseatische Krankenkasse (HEK)
-

Persönliche Daten der oder des krankenversicherten **Sorgeberechtigten:**

Name	Vorname
Geburtstag	Versichertennummer (unten rechts auf der Karte)

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass diese persönlichen Daten zu Abrechnungszwecken meiner gesetzlichen Krankenkasse oder den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkasse in Niedersachsen übermittelt werden. Auch sind wir/bin ich damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover, die Impfdaten in anonymisierter Form erfassen und verarbeiten kann.

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift d. Sorgeberechtigten/gesetzlichen Vertreter
------------	---