



Einverständniserklärung zur Durchführung der Gripeschutzimpfung

bei _____
Name/Vorname/Geburtsdatum

Ich habe den Inhalt der mir vorgelegten Informationen über die Gripeschutzimpfung gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem behandelnden Arzt/Ärztin zu klären sowie von ihm weiterführende Informationen zu erhalten. Mit der Durchführung der Gripeschutzimpfung bin ich einverstanden.

.....
Unterschrift, ggfs. Erziehungsberechtigte/r