



## Fragebogen Impfen

zur schulärztlichen Untersuchung vor Schulaustritt

Name/Vorname des Kindes .....

Geburtsdatum .....

Adresse/Wohnort .....

Telefon-Nummer .....

Haus-und/oder Kinderarzt/-ärztin .....

Anzahl Geschwister .....

**Spitalaufenthalte** (zwischen Schuleintritt und heute)

wann? ..... warum? .....

Steht das Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? .....

nein  ja ..... weshalb? .....

.....

### Impfen

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind, nach Prüfung des vorliegenden Impfausweises, die notwendigen Impfungen gemäss Impfpfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen erhält.
- Ich möchte, dass mein Kind ausschliesslich folgende Impfungen erhält, sofern dies nach der Prüfung des Impfausweises notwendig ist:
  - Diphtherie/Starrkrampf/Keuchhusten/Kinderlähmung (Polio)
  - Masern, Mumps, Röteln
  - HPV
  - Hepatitis B
- Ich möchte, dass keine Impfungen vorgenommen werden.

Datum .....

Unterschrift der Eltern .....

Bemerkungen .....

**Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Impfausweis in ein Kuvert und geben Sie dieses Ihrem Kind mit. Besten Dank.**