

Ärztliche Erklärung

Name und Anschrift der / des Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass ich ab nicht mehr bereit bin, Ihr(e) Kind(er) zu untersuchen oder zu behandeln, sofern Sie nicht folgende Impfungen nachweisen können oder in unserer Praxis durchführen lassen:

- alle von der STIKO ab jetzt empfohlenen Impfungen
 - alle von der STIKO empfohlenen und bisher nicht durchgeführten Impfungen
 - mindestens^{*)} / zusätzlich^{*)} folgende Impfungen:
-
-

Falls ein Notfall eintritt, werde ich Ihr(e) Kind(er) behandeln / die Behandlung ablehnen.*)

Außer Ihrer Impfverweigerung besteht

- kein weiterer Grund für meine Behandlungsverweigerung
 - folgender weitere Grund für meine Behandlungsverweigerung:
-
-

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift

^{*)} Nichtzutreffendes bitte streichen