



Praxis für Allgemeinmedizin

Zertifiziertes Zentrum für Klinische Forschung

Dr. med. Frederik S. M. Johnson Facharzt für Allgemeinmedizin
Dr. med. Ingomar F. K. Naudts Facharzt für Allgemeinmedizin

In Kooperation mit
Dr. med. Ralf Heithorn Facharzt für Kardiologie und Angiologie

Einverständniserklärung Impfung

Ich, _____, geboren am _____ wurde zu unten genannter Impfung umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem behandelnden Arzt zu klären, sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung nicht einverstanden.
Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.

Ort Datum Unterschrift Patient/Sorgeberechtigte Person

Dokumentation:

Impfung gegen: _____

Handelsname Impfstoff: _____

Chargenr.: _____

Ludwig-Erhardt-Platz 11
Mail: info@praxis-rodgau.de
Telefon 06106 2072

63110 Rodgau
Home: www.medizin-aus-einer-hand.de
Telefax 06106 258 769

Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN: DE64 3006 0601 0004 4619 76

BIC: DAAEDEDXXX