



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Impfeinwilligung

Informationen zu den einzelnen
Impfungen finden Sie auf dem
Dokument «Empfohlene Impfungen»
vom Kanton Bern.

Die Kosten der hier aufgeführten, vom
Bundesamt für Gesundheit
empfohlenen Impfungen werden von der
Krankenversicherung übernommen
(abzüglich 10% Selbstbehalt, ausser
HPV-Impfprogramm: kein Selbstbehalt).

Die Schulärztin oder der Schularzt wird anlässlich der
schulärztlichen Untersuchung den Impfausweis Ihres
Kindes kontrollieren. Falls gewisse Impfungen nötig
sind, kann die Schulärztin oder der Schularzt **mit Ihrer
Einwilligung** diese Impfungen durchführen oder Ihnen
die Durchführung empfehlen. (Beachten Sie, dass es
auch Schulärztinnen und Schulärzte gibt, welche die
Impfungen nicht direkt durchführen, sondern Ihrem
Kind eine schriftliche Empfehlung mitgeben.)

Alter	Impfungen
4-7 Jahre * ab 6 Jahren	<ul style="list-style-type: none">- Kinderlähmung, Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten- *Zeckenenzephalitis (FSME) <p>Nachholimpfung:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken
Ab 11 Jahren	<ul style="list-style-type: none">- Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten- Hepatitis B (2 oder 3 Dosen)- Bakterielle Hirnhautentzündung (Meningokokken)- **Humane Papillomaviren (Gebärmutterhalskrebs, Genitalwarzen) (2 od. 3 Dosen) <p>Nachholimpfung:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kinderlähmung- Masern, Mumps, Röteln, Windpocken- FSME

Bitte beachten Sie die folgenden allgemeinen
Gründe, die gegen eine Impfung sprechen:

- Frühere anaphylaktische Reaktionen (=schwerste allergische Reaktion)
- Schwangerschaft
- Immunschwäche
- akute, schwere Erkrankung

Einwilligung

Mein Kind soll, **falls aufgrund der Kontrolle
notwendig**, folgende Impfungen erhalten
(**Zutreffendes ankreuzen**):

- ☐ ALLE notwendigen untenstehenden Impfungen.
- ☐ Nur folgende Impfungen:
 - ☐ Kinderlähmung / Diphtherie / Starrkrampf / Keuchhusten (Kombinationsimpfstoff)
 - ☐ Masern, Mumps, Röteln (Kombinationsimpfstoff)
 - ☐ Windpocken (einzeln oder Kombinationsimpfstoff)
 - ☐ Bakterielle Hirnhautentzündung (Meningokokken – Gruppe ACWY)
 - ☐ Bakterielle Hirnhautentzündung (Meningokokken – Gruppe B)
 - ☐ Hepatitis B
 - ☐ Humane Papillomaviren (Gebärmutterhalskrebs, Genitalwarzen)
 - ☐ Zeckenenzephalitis (FSME)

Alle Impfungen werden mittels Spritze verabreicht.

Name, Vorname des Kindes:

Name und Adresse der Krankenkasse:

Versichertennummer:

AHV-Nummer (nur für HPV-Impfung):

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten: