

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass      mein Sohn /      meine Tochter

(Name)

(Geburtsdatum)

Anschrift:

gegen:

Polio  
Diphtherie  
Tetanus-Diphtherie  
Tetanus-Diphtherie-Polio  
Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten  
Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten-Polio  
Masern-Mumps-Röteln

geimpft wird.

, den

(Ort)

---

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)