



**FAMILIENPRAXIS  
OGGERSHEIM**

**Fachärzte fuer Kinderheilkunde und  
Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und  
Kinderneurologie**

**Familienpraxis Oggersheim**

*Adolf-Diesterweg-Str. 59 67071 Ludwigshafen*

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift beider Eltern/ Sorgeberechtigten:**

\_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

*JA, ich möchte, dass mein Kind gegen folgende Krankheiten geimpft wird.*

**Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib-Infektionen, Hepatitis B  
Pneumokokken  
Mumps, Masern, Röteln  
Windpocken (Varizellen)  
Meningokokken  
Hepatitis A  
Hepatitis B  
Hepatitis A + B  
Diphtherie, Tetanus (Auffrischimpfung)  
Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis) (Auffrischimpfung)  
Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung (Auffrischimpfung)  
Rotaviren  
HPV**

***NEIN**, ich lehne die Impfung meines Kindes gegen folgende Krankheiten ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung(en) wurde ich informiert.*