

Dr. med. Klaas Rasche
Telefon: 0931 - 72525
Huttenstraße 6
Fax: 0931 - 76264
97072 Würzburg

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich

einverstanden

nicht einverstanden, dass

....., geb. am

Wohngruppe gegen Influenzavirus geimpft wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Grippeimpfung jährlich vom Hausarzt durchgeführt wird, wenn dies empfohlen wird.

Ich möchte, dass vor jeder Gripeschutzimpfung mein Einverständnis eingeholt wird.

Ich kümmere mich selbst um die Impfung bei meinem Hausarzt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betreuer