

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

## **RSV-Prophylaxe** mit Nirsevimab 50 mg

Name des Kindes (Name, Vorname):
Geburtsdatum:
Adresse:
Einwilligungsberechtigte Person (Name, Vorname):
Adresse (nur wenn abweichend s.o.):
Telefon, E-Mail:
Ich wurde gegen RSV in der Schwangerschaft geimpft. Datum:  Ich wurde ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen.  Ich willige in die vorgeschlagene RSV-Prophylaxe (Einmal-Injektion) mit Nirsevimab ein.  Ich lehne die RSV-Prophylaxe ab und wurde über mögliche Risiken informiert.
Anmerkungen:
Ort, Datum:
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
IMMUNISIERUNG
RSV Immunisierung erfolgt: Unterschrift der Ärztin / des Arztes  Datum:
m Würzburg Mitte gGmbH GF: Dominik Landeck KWM-Standort Juliusspital KWM-Standort Missioklinik

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH

Post- & Rechnungsadresse: Salvatorstr. 7 · 97074 Würzburg www.kwm-klinikum.de

GF: Dominik Landeck

Amtsgericht Würzburg · HRB: 13336 IBAN: DE50 7509 0300 0003 0131 11 BIC: GENODEF1M05

KWM-Standort Juliusspital Tel. 0931/393-0 Fax 0931/393-1261

www.kwm-juliusspital.de

Tel. 0931/791-0 Fax 0931/791-2453 www.kwm-missioklinik.de