

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: _____