

Satzergänzungstext

J1

Name: _____

Geburtstag: _____

Datum: _____

Mein Vater _____

Ich habe Angst _____

Wenn ich älter bin _____

Meine Schularbeiten _____

Ich finde es scheußlich _____

Manchmal träume ich _____

Es ist mir peinlich _____

Es tut mir schrecklich leid _____

Andere Kinder _____

Die Lehrer _____

Die meisten Jungen _____

Im Dunkeln _____

Mich ärgert _____

Meine Geschwister _____

Die Schule _____

Die Erwachsenen _____

Ich brauche _____

Meine Mutter _____

Mein Vater _____

Ich kann nicht _____

Das einzige Dumme ist _____

Die meisten Mädchen _____

Hoffentlich _____

Meine größte Sorge ist _____

Ganz im Geheimen _____

Mein größter Wunsch _____

Ich hasse _____

Allgemeine Informationen zum Impfen

Impfungen sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor folgenschweren und ansteckenden Infektionskrankheiten. Dabei werden neben der geimpften Person selbst auch Mitmenschen geschützt, die aus verschiedenen Gründen (noch) nicht geimpft werden können oder durch schwere Erkrankungen zusätzlich anfällig sind.

Die heutigen modernen Impfstoffe sind dabei gut verträglich. Es zeigen sich meist nur leichte, kurz andauernde Nebenwirkungen in Form von Fieber, leichten Schmerzen oder Rötungen an den Impfstellen, sowie seltener Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit oder Schwellung von Lymphknoten. Darüberhinausgehende, länger andauernde Beschwerden oder gravierende Komplikationen sind sehr selten.

Über die jeweils bei Ihrem Kind anstehenden, öffentlich und von uns empfohlenen Impfungen informieren wir Sie gerne und ausführlich bei den regelmäßigen Vorsorgeterminen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Impfungen in Sachsen

Sachsen ist das einzige Bundesland mit einer eigenen Impfkommision (SIKO = Sächsische Impfkommision). Die Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision dienen dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) als Entscheidungsgrundlage für die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zum Schutze der Gesundheit nach § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes.

Die in Sachsen geltenden Impfempfehlungen unterscheiden sich von den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts mit der Ständigen Impfkommision (STIKO), die Impfempfehlungen für ganz Deutschland ausgeben. Dies betrifft häufig den Zeitpunkt der Impfungen (z.B. zweite Masern-Impfung), das generelle Impfschema oder auch generell den Erreger, gegen den geimpft wird (z.B. Grippe-Impfung, Meningokokken A, B, C, W, Y-Impfung).

In unserer Praxis führen wir alle Impfungen nur nach ausführlicher Aufklärung und im Einverständnis der Sorgeberechtigten durch. Gemeinsam mit Ihnen als sorgeberechtigte Personen entscheiden wir, nach welchem Impfplan wir vorgehen.

Voraussetzungen zum Impfen

1. Ihr Kind sollte 14 Tage fieberfrei und nicht akut schwer krank sein.
2. Bitte bringen Sie zum Impftermin immer den Impfausweis mit.
3. Jugendliche ab 16 Jahren dürfen selbständig zum Impfen erscheinen.

Impftermine

Bitte vereinbaren Sie einen Impftermin in unserer Sprechstunde.

Nützliche Links

[SIKO Impfkalender](#)

[STIKO Impfkalender](#)

<https://www.impfen-info.de/>

https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html

<https://www.kinderaerzte-im-netz.de/startseite>

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall – System

Angaben zum Kind
Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____
Anschrift Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Angaben zu den Eltern
Mutter: Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____ Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____ Handy-Nummer: _____
Vater: Name, Vorname(n): _____ Geboren am: _____ Anschrift (falls abweichend von oben): Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____ Handy-Nummer: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke mich schriftlich, telefonisch, per Email oder per SMS an sinnvolle und notwendige Termine erinnert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Linda Petersen und Michael Pommerenke setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Datum, Unterschrift Mutter

Datum, Unterschrift Vater