

# Verzichtserklärung Tetanusimpfung (Starrkrampfimpfung)

Nach erfolgter ausführlicher Aufklärung über die Tetanus-Erkrankung und die möglichen Folgen einer Erkrankung durch den Arzt:

---

Titel, Name, Vorname, Adresse:

und trotz dem ausdrücklichen Rat des Arztes, die aus medizinischer Sicht notwendige Impfung machen zu lassen, verzichten wir:

---

Name, Vorname, Adresse

auf eigene Verantwortung, auf diese Impfung für

unsere Tochter / unseren Sohn \_\_\_\_\_ geb. \_\_. \_\_. \_\_\_\_.

Bemerkungen:

Sollte trotz dieses Schreibens eine Impfung erfolgen, wird dieses rechtliche Konsequenzen zur Folge haben.

---

Ort und Datum:

---

Unterschrift Arzt

Unterschriften Eltern