



**Umsetzung des Masernschutzgesetzes
Einverständniserklärung zur Impfung**

Hiermit bestätige ich ,
[Name, Vorname, Geburtsdatum Sorgeberechtigte]

dass ich
[Name, Vorname, Geburtsdatum Begleitperson]

beauftragt habe, meine/n Tochter/Sohn
[Name, Vorname, Geburtsdatum Kind]

zur MMR-Impfung* in das Gesundheitsamt Landkreis Zwickau zu begleiten. Der Impfung stimme ich hiermit zu.

[Ort, Datum]

[Unterschrift der/des Sorgeberechtigten**]

* Mumps-Masern-Röteln-Impfung

** Unterschreibt ein Sorgeberechtigter allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt.