

## Zustimmungserklärung

### Zeckenschutzimpfung

**Vor- und Nachname:**

(der (s) Erziehungsberechtigten)

4-stellige Laufnummer    Geb. Datum (Tag, Monat, Jahr)

**Versicherungsnummer:**

Ich als Erziehungsberechtigte/r erkläre mich mit der Impfung meines Kindes

**Vor- und Nachname:**

(des Kindes)

4-stellige Laufnummer    Geb. Datum (Tag, Monat, Jahr)

**Versicherungsnummer:**

einverstanden.

Der erforderliche Fragebogen „**Zeckenschutzimpfung**“ wurde von mir ausgefüllt, unterschrieben und beigelegt.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_