**Liebe Eltern,**

im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung gibt es, Ihr Einverständnis vorausgesetzt,

die Möglichkeit Ihr Kind durch

den **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreis Barnim** impfen zu lassen.

Um diese Impfung gegenüber Ihrer Krankenkasse abzurechnen, benötigen wir

nachstehende Angaben. Mit der Mitteilung dieser Angaben und Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, die Daten mit den Informationen zur erfolgten Impfung an Ihre Krankenkasse zu übergeben und die Impfung bei Ihrem Kind durchzuführen.

**Ohne die vollständigen Angaben, können wir Ihr Kind nicht impfen.**

Wir bieten folgende Impfungen bei Notwendigkeit an:

1. Auffrischimpfung Tetanus-Diphterie- Keuchhusten

2. Auffrischimpfung Tetanus-Diphterie-Keuchhusten- Polio

3. Mumps- Masern- Röteln Impfung mit und ohne Windpocken

4. Grippeschutzimpfung

**Angaben zum Kind**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zum versicherten Sorgeberechtigen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenkasse**

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genaue Anschrift/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_