

# Impferklärung

Ich, der unterzeichnende Arzt,

Name.....

Adresse.....

erkläre verbindlich, dass der Impfstoff

Genau Bezeichnung (inkl. Chargennummer):.....

Name des Herstellers:.....

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en) gegeben wurde:

.....

Er besteht aus folgenden Inhaltsstoffen:

.....

Ich erkläre, dass dieser Impfstoff frei von Verunreinigungen jeglicher Art ist.

Diesen Impfstoff verabreichte ich heute an:

Name des zu Impfenden: .....

PLZ, Wohnort.....

Geburtsdatum/-ort: .....

Zum Zeitpunkt der Impfung war der zu Impfende gesund, wovon ich mich durch eine Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass er vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstigen neurologischen Störungen oder Allergien hatte.

**Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff unbedenklich für das Leben und die Gesundheit des Geimpften ist und keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursacht.**

Ich versichere weiterhin, dass der verabreichte Impfstoff ..... Jahre lang die **Krankheit verhütet, gegen die er gegeben wird. Sollte die Krankheit, gegen die geimpft wurde, dennoch in dieser Zeit auftreten, so werde ich freiwillig und ohne vorigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen.**

Wenn irgendein physischer oder psychischer Schaden durch die Impfung entsteht, **verpflichte ich mich, gegenüber dem Opfer und / oder dessen Familie oder Angehörigen für den Schaden aufzukommen. Über die entsprechende Schadenhöhe hat ein zuständiges Gericht zu entscheiden.**

Vor der Impfung wurde der zu Impfende oder dessen gesetzliche Vertreter genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

Ort .....

Datum .....

.....

Unterschrift des Arztes (Stempel)