

Ärztliche Impferklärung

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre verbindlich,
dass der Impfstoff

Name des Herstellers
als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en)

.....
gegeben wird und aus folgenden Inhaltsstoffen besteht:

.....
.....
.....
.....
.....

(vollständige Angabe der Inhaltsstoffe)

und dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen irgendwelcher Art ist.

Diesen Impfstoff verabreiche ich heute an

Vorname, Name

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Zum Zeitpunkt der Impfung war die zu impfende Person gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass sie vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstige neurologische Störungen oder Allergien hatte.

Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit der geimpften Person ist und keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen wird, wie beispielsweise Lähmungen, Gehirnschäden, Blindheit, Tuberkulose, Krebs an der Impfstelle oder anderen Orten, Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes usw., mit oder ohne Todesfolge.

Ich versichere weiter, 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 dafür freiwillig und ohne vorherigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen.

Wenn irgendein physischer oder psychischer Schaden durch die heutige Impfung entsteht, verpflichte ich mich, dem Opfer oder dessen Familie oder Angehörigen ebenfalls ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für den Schaden aufzukommen.

Vor der Impfung wurden die zu impfende Person oder deren Verantwortliche/gesetzliche Stellvertreter wie Eltern, Vormund usw. genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

....., den

.....
(Name und rechtsverbindliche Unterschrift des Arztes)

(Stempel)