

Impfbescheinigung Ärztliche Impferklärung

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre verbindlich,

dass der Impfstoff _____

Name des Herstellers _____

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en) _____

gegeben und aus folgenden Inhaltstoffen besteht: _____

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 Person gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass sie vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstigen neurologischen Störungen oder Allergien aufwies.

Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und der Gesundheit der geimpften Person ist und keine direkten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen wird, wie beispielsweise Lähmungen, Gehirnschäden, Blindheit, Tuberkulose, Krebs an der Impfstelle oder anderen Orten, sowie Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes, usw., mit oder ohne Todesfolge. Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff _____ jahrelang die Krankheit verhütet, gegen die er gegeben wird. Sollte die Krankheit, gegen die geimpft wurde, dennoch in der bestätigten Zeit auftreten, so werde ich dafür freiwillig und ohne vorherigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den Schaden aufkommen. Wenn irgend ein 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 der zu Impfende oder dessen Verantwortliche 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