Ärztliche ImpfbescheinigungHaftungserklärung des Arztes

Ich, der unterzeichnete Arzt, …………………….........................................…………………., erkläre verbindlich,

dass der ..............-fach **Impfstoff** (Bezeichnung): ……........................................……………….……………......

**Name des Herstellers**: ……………………………….……..........................................……………………………....

**als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung/en**: …………………………………........................................

…………………………………………………………………………….........................................…..... verabreicht wird

und **aus folgenden Inhalts-, Zusatz- und Hilfsstoffen** besteht: ............................................................

………………….........................................………................................................................................................

...............................................................................….…….........................................………………………………

Es wird weiterhin versichert, dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen jedweder Art ist.

Diesen Impfstoff injizierte ich heute bei:

**Vorname Name** …………………………….........................................…………………………………………………..

**Geburtstadum** …………………, **Plz Wohnort** ………… .……….………………… .

Zum Zeitpunkt der Impfung war der zu Impfende gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche

Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass er vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstige

neurologischen Störungen oder Allergien hatte.

Ich versichere, dass die verabreichten Impfpräparate völlig ungefährlich für das Leben und die

Gesundheit des Geimpften sind und keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten

verursachen werden, wie beispielsweise Lähmungen, Gehirnschäden, Blindheit, Tuberkulose, Krebs an der

Impfstelle oder anderen Orten, Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes, Autismus, ADS/ADHS,

Alzheimer, Demenz, usw. - mit oder ohne Todesfolge.

Ich versichere weiter, dass der o. g. verabreichte Impfstoff **für einen Zeitraum von ………. Jahre/n**

die Krankheit/en verhütet, gegen die er verabreicht wurde.

Sollte eine der Krankheiten gegen die geimpft wurde dennoch in diesem Zeitraum auftreten, verpflichte

ich mich, gegenüber dem Opfer bzw. dessen gesetzliche Vertreter und seiner Familie/den Angehörigen

ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts für Schmerzen und Schäden vollumfänglich

aufkommen. Gleiches gilt bei Eintritt physischer oder psychischer Schmerzen und Schäden, die durch die

heutige Impfung entstehen.

Vor der Impfung wurden der zu Impfende bzw. dessen gesetzliche Vertreter vollumfänglich über die

Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Risiken und Nebenwirkungen und unter Aushändigung

des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

**Ort** ……………….....…………… **den**, …………………………… (**Praxis-Stempel**)

………………………………………………………………………

**Unterschrift des Arztes** (Vor- und Nachname)