

# Ärztliche Impferklärung

Bitte vor der Impfung und für jeden Impfstoff separat ausfüllen!

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

.....  
(genauer Name des Impfstoffes und des Herstellers),

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en) gegeben wird: .....

Der Impfstoff besteht aus folgenden Inhaltsstoffen: .....

Ich erkläre, dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen irgendwelcher Art ist.  
Ich habe mich durch eine gründliche Untersuchung unmittelbar vor der Impfung davon überzeugt, dass der/die zu Impfende

Name, Vorname ..... geboren am .....

Anschrift .....

gesund ist und er/sie vor der Impfung keinerlei Krämpfe, neurologische Störungen oder Allergien hatte.  
Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit des/der zu Impfenden ist und dass er keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen wird.

Um sicherzustellen, dass ich keine Impfkomplication übersehe, habe ich mich ausführlich über mögliche Komplikationen der von mir verabreichten Impfung informiert. Folgende mögliche Komplikationen sind mir aus der Fachliteratur, insbesondere der Fachinformation des Impfstoffes, bekannt:

.....  
Die folgenden möglichen Kontraindikationen wurden von mir sorgfältig geprüft:

- .....
- Ich sehe die Risiken von schweren Impfkomplicationen oder gar Impfschäden als derart gering an, dass ich bereit bin, die volle Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen. Wenn irgend ein physischer oder psychischer Schaden durch die heutige Impfung entsteht, verpflichte ich mich, dem/der Impfgeschädigten oder dessen/deren Familie oder Angehörigen gegenüber, ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für den Schaden aufzukommen.
  - Da die von mir verabreichte Impfung nicht völlig frei von Risiken ist, bin ich nicht bereit, eine Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.  
**Das Risiko haben allein der/die zu Impfende bzw. sein/ihr Vormund zu tragen.**
  - Ich kann belegen, dass es für den von mir verabreichten Impfstoff einen direkten Wirkungsnachweis gibt, wonach Geimpfte eindeutig gesünder sind als Ungeimpfte
  - Ich bin mir nicht sicher, ob es für den von mir empfohlenen Impfstoff einen direkten Wirkungsnachweis gibt, ich vertraue jedoch – ungeprüft – den Angaben der Zulassungsbehörde.

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

Den o.g. Impfstoff verabreiche ich heute an die o.g. Person. Diese bzw. deren Erziehungsberechtigte bzw. deren Vormund wurde genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, aller möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

.....  
Ort und Datum

.....  
Name und rechtsverbindliche Unterschrift des Arztes

Praxisstempel