

**Impfbescheinigung
(Ärztliche Impferklärung)**

Ich, der unterzeichnende Arzt,

Name.....

Adresse.....

erkläre verbindlich, dass der Impfstoff

Genauere Bezeichnung:.....

Name des Herstellers:.....

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en):

.....

.....

gegeben wurde, aus folgenden Inhaltsstoffen besteht:

.....

.....

und dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen 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 ausführliche 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 völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit des Geimpften 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 freiwillig und ohne vorigen 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 wurde der zu Impfende oder dessen Verantwortliche wie Eltern, Vormund usw. genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoffe gehörenden Beipackzettels informiert.

.....
Ort Datum

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