

Impfbescheinigung

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre verbindlich, daß folgender Impfstoff _____

_____(Name)

_____(Bezeichnung des Herstellers)

als Vorbeugung und Schutz gegen folgende Erkrankung(en):

verabreicht und aus folgenden Inhaltsstoffen besteht:

und daß dieser Impfstoff frei von unverträglichen Substanzen, Verschmutzungen oder Giften irgendwelcher Art ist. Diesen Impfstoff verabreichte ich heute an

Vorname _____

Name _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Zum Zeitpunkt der Impfung war der/die zu Impfende bis auf folgende Erkrankungen

gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche und sorgfältige Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, daß der Impfling vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstige 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, Nebenwirkung(en) oder Folgeerkrankungen verursachen wird, wie beispielsweise Lähmungen, Gehirnschäden, Blindheit, Tuberkulose, Multiple Sklerose, Krebs an der Impfstelle, Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes, usw., mit oder ohne Todesfolge. Ich versichere weiter, daß der verabreichte Impfstoff _____ Jahre (in Worten) _____ lang die Krankheit verhütet, gegen die er gegeben wird. Sollte die Krankheit, gegen die geimpft wurde, dennoch in diesem Zeitraum auftreten, so werde ich dafür freiwillig und ohne vor- oder nachherigen gerichtlichen

Prozeß vollumfänglich für sämtliche entstandenen Schaden auch mit meinem Privatvermögen haften. Wenn irgend ein physischer oder psychischer Schaden durch die folgende 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 und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

Ort (Praxis):

Datum: _____

Titel, Vor- und Zuname; rechtsverbindliche Unterschrift des impfenden Arztes:

Zeugen: _____

Stempel