

Ärztliche Impfbescheinigung Haftungserklärung 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

Geburtsdatum, **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)