

Haftungserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich dem Impfling

Vorname, Familienname

.....

wohnhaft in

.....

geboren am

.....

am heutigen Tag folgende Impfung

(Name des Impfstoffs)

.....

verabreicht habe.

Zum Zeitpunkt der Impfung ist oben genannter Mensch gesund, wovon ich mich durch eine Untersuchung überzeugt habe.

Hiermit übernehme ich,

Vorname, Familienname

.....

persönlich die unbeschränkte Haftung für sämtliche durch die Impfung verursachten kurz- oder langfristigen, körperlichen oder psychischen Schäden.

Ich stimme einem ggf. notwendigen Schadenersatz ohne Einschaltung eines Gerichts zu.

Der Schadenersatz schließt auch Kosten ein, die durch eine allfällige Erwerbsunfähigkeit oder durch den Tod des Geimpften entstehen.

Ort

.....

Datum, Unterschrift

.....