Bitte legen Sie dieses Formular Ihrem Impfarzt rechtzeitig vor Ihrem nächsten Impftermin vor!

Ärztliche Erklärung zur empfohlenen Impfung

Bitte für jeden Impfstoff einzeln ausfüllen!

Impfempfehlung

Ich, der unterzeichnende Arzt, empfehle für

_____

Name / Vorname / PLZ / Ort / Alter

die Durchführung folgender Impfung:

_____

Impfstoffname / Hersteller / enthaltene Antigene

Gesundheitszustand und Kontraindikationen

Der Impfling wurde von mir unmittelbar vor der Impfung sorgfältig untersucht und ist vollständig gesund. Zudem wurden folgende mögliche Kontraindikationen sorgfältig von mir abgeprüft:

_____

Impfrisiko

☐ Ich sehe die Risiken von schweren Impfkomplikationen oder gar Impfschäden als derart gering an, dass ich bereit bin, die volle Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen.

☐ Da die von mir empfohlene Impfung nicht ganz frei von Risiken ist, bin ich nicht bereit, eine Haftung für etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen. Das Risiko haben allein der Impfling bzw. seine Erziehungsberechtigten zu tragen.

Mögliche Komplikationen

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

_____

_____

Meldepflicht für Impfkomplikationen

Mir ist bekannt, dass ich laut Infektionsschutzgesetz (IfSG § 6) verpflichtet bin, jeden Verdacht einer ungewöhnlichen Impfreaktion meinem lokalen Gesundheitsamt zu melden und dass laut IfSG bei Unterlassung der Meldung ein Bußgeld von bis zu 25.000 Euro verhängt werden kann. Für die Begründung eines Verdachts reicht bereits der zeitliche Zusammenhang zwischen Impfung und Erkrankung aus. Ich werde diese Meldung ggf. ohne weitere Erinnerung (z. B. durch den Impfling oder seinen Vormund) vornehmen und dem Impfling automatisch eine Kopie dieser Meldung zukommen lassen.

Wirksamkeit

☐ Ich bin mir sicher, dass es für den von mir empfohlenen 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, vertraue jedoch – ungeprüft – den Angaben der Zulassungsbehörde

Alternativen

Ich habe nach bestem Vermögen alternative und nebenwirkungsfreie Methoden der Krankheitsprophylaxe auf ihre Tauglichkeit hin geprüft und bin dennoch der Ansicht, dass es zur Impfung keine Alternative gibt. Auf entsprechende Fragen des Impflings gehe ich gerne ein.

Sämtliche Angaben erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen.

Praxisstempel

_____

Ort, Datum, Unterschrift des impfenden Arztes

V.i.S.d.P.: Netzwerk für unabhängige Impfaufklärung (NEFUNI), Hans U. P. Tolzin, Widdersteinstr. 8, D-71083 Herrenberg, Fon 07032/784 849-1 Fax -2, Email: redaktion@impf-report.de. Dieses Formular finden Sie im Internet unter: http://www.impf-report.de/infoblatt/impferklaerung.pdf