

**Eltern:**

_____	_____	_____
Familiennamen	Vorname	Geboren am
_____	_____	_____
Familiennamen	Vorname	Geboren am

**Der Impfstoff wird verabreicht an:**

Familiennamen: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_



**Ärztliche Impferklärung**

Ich, der Unterschrift leistende Arzt, erkläre verbindlich, dass der Impfstoff \_\_\_\_\_

Name des Herstellers: \_\_\_\_\_

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en) respektive erneute Erkrankung(en) wirkt: \_\_\_\_\_

von mir injiziert wird, aus folgenden Inhaltsstoffen besteht und kein gentechnisch hergestellter Impfstoff ist. Der Impfstoff greift nicht in die Erbsubstanz bzw. nicht in das genetische Erbmaterial des Menschen ein. Eine Genmanipulation findet nicht statt!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

und dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen jeglicher Art ist.

Zum Zeitpunkt der Impfung ist der zu Impfende gesund und nicht erkrankt, 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 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. Nebenwirkungen gibt es nicht. Eine Impfreaktion mit maximal 24 Stunden anhaltender Rötung ist akzeptabel.

Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff ..... Jahre lang die Krankheit(en) verhütet, gegen die er injiziert wird.  
Sollte(n) die Krankheit(n), gegen die geimpft wurde(n), dennoch in dieser Zeit auftreten, so werde ich dafür freiwillig und ohne vorherigen 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(n) der zu Impfende oder dessen Verantwortliche wie Eltern, Vormund, usw. genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen und unter **Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels** informiert. Der aktuelle Schadensersatz: 60.000 (sechzigtausend) Feinunzen Silber je zugefügter Körperverletzung.

Ort ..... den, .....

.....  
Eigenhändige Unterschrift des Arztes

(Stempel)

Ich lehne die Verabreichung der Impfung ab.

Ort ..... den, .....

.

.....  
Eigenhändige Unterschrift des Arztes

(Stempel)