

Patientendaten oder Etikett	Arztstempel
Name: Vorname: Geburtsdatum:	

Aufklärung über in Deutschland nicht zugelassene Impfstoffe

Über die Indikation zur Impfung mit dem Impfstoff _____

des Herstellers _____

Impfschema, Dosis, _____

Chargennummer _____

einer möglichen Unverträglichkeit und den Nebenfolgen wurde ich im Rahmen eines persönlichen Aufklärungsgesprächs von Dr. _____ umfassend informiert. Mit der Impfung bin ich einverstanden.

Ich weiß, dass dieser Impfstoff in Deutschland nicht zugelassen ist und ich damit gegen den Impfstoffhersteller und gegen den Staat keinen gesetzlichen Entschädigungsanspruch im Falle impfstoffbedingter Gesundheitsstörungen habe.

Davon unberührt bleibt der Haftungsanspruch wegen schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflichten.

Datum

Unterschrift