

Impfbescheinigung

Impferklärung des ausführenden Arztes

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre hiermit verbindlich und unter Eid und unbeschränkter privater Haftung, dass der Impfstoff:

_____ (Impfstoffbezeichnung)

von _____ (Name des Herstellers)

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en):

verabreicht wird und aus folgenden Inhaltsstoffen besteht:

und dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen und Schadstoffen jedweder Art ist.

Mir ist als Arzt folgendes bekannt und vollkommen bewusst:

Genfer Deklaration des Weltärztebundes

Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Diesen Impfstoff verabreiche ich hier und heute datiert am _____
an dem **lebenden Menschen** mit der folgenden Personenbezeichnung
(juristische Fiktion):

_____, _____, _____
Familienname Vorname(n) Geburtsdatum
_____, _____, _____
PLZ Wohnort Land

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 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.

Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff _____ Jahre lang die Krankheit verhütet, gegen die er gegeben wird. Sollte die Krankheit, gegen die geimpft wurde, dennoch in dieser Zeit auftreten, so werde ich dafür freiwillig und ohne vorherigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen.

Sollte irgendein physischer oder psychischer Schaden durch die heutige Impfung entstehen, verpflichte ich mich sofort, dem Opfer oder dessen Familie oder Angehörigen ebenfalls ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für den Schaden aufzukommen.

Vor der Impfung wurde 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 original Beipackzettels informiert.

Ich erkenne den "Eid des Hippokrates" und die "Genfer Deklaration des Weltärztebundes", vom Oktober 2017 als Teil meiner Berufsordnung vollumfänglich an.

Ort _____, Datum _____

Name und rechtsverbindliche eigenhändige Unterschrift des Arztes

Stempel des ausführenden Arztes