



# Ärztliche Erklärung zur empfohlenen Impfung

Bitte für jeden Impfstoff einzeln ausfüllen!

## Impfempfehlung

Ich, der unterzeichnende Arzt empfehle für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, PLZ, Ort, genaues Alter

die Durchführung folgender Impfung:

\_\_\_\_\_  
Impfstoff, Hersteller, Art der Krankheiten

## 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 Impfkomplicationen 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 Impfkomplication 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 Impfkomplicationen

Mir ist bekannt, dass ich laut Infektionsschutzgesetz (IfSG § 6) verpflichtet bin, jeden Verdacht einer ungewöhnlichen Impfreaktion meinem lokalen Gesundheitsamt zu melden und dass allein der zeitliche Zusammenhang einer Erkrankung für die Begründung eines Verdachts ausreicht. Ich werde diese Meldung ggf. ohne weitere Erinnerung (z.B. durch den Impfling oder seinen Vormund) vornehmen und dem Impfling ohne Aufforderung eine Kopie dieser Meldung zukommen lassen.

## Wirksamkeit

- Ich bin mir sicher, dass es für den von mir empfohlenen Impfstoff einen direkten Wirkungsnachweis anhand von klinischen Endpunkten (sicht- und spürbare Symptome) gibt und fand dies bei einer von mir vorgenommenen Plausibilitätsprüfung bestätigt
- 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.

Alle Angaben wurden von mir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des impfenden Arztes