

ÄRZTLICHE IMPFERKLÄRUNG

Dieses Blatt dient als Bestätigungsformular zur Absicherung des Patienten gegen mögliche Folgeschäden durch die Impfung (bei jeder Impfung neu ausfüllen). Kopieren und weitergeben dieses Formulars ausdrücklich erwünscht!

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre verbindlich,
dass der Impfstoff

Name des Herstellers

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankungen

und aus folgenden Inhaltsstoffen besteht:

und dass dieser Impfstoff frei von Verschmutzungen irgendwelcher Art ist.

Diesen Impfstoff verabreichte ich heute an:

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

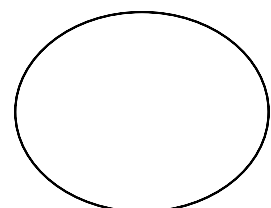
Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon P _____ Impfstoff _____

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 sonstigen 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. 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 aufkommen. Vor der Impfung, wurden 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.

Ort _____ den, _____

Name und rechtsverbindliche Unterschrift des Arztes / der Ärztin



(Praxis-Stempel)

Beobachtungen und Reaktionen nach Impfungen

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon P _____ Impfstoff _____

War die Person bisher gesund? Ja Nein (Falls nein, welche Beschwerden hatte es?)

Welche Impfung hat/haben Ihr/Sie (Kind) heute erhalten? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> Hepatitis A | <input type="radio"/> Hepatitis B |
| <input type="radio"/> Tetanus (Starrkrampf) | <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Pneumokokken |
| <input type="radio"/> Pertussis (Keuchhusten) | <input type="radio"/> Mumps (Ziegenpeter) | <input type="radio"/> Influenza (Grippe) |
| <input type="radio"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) | <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> Zeckenbiss (FSME) |
| <input type="radio"/> Hämophilus influenza (Hirnhautentzündung) | <input type="radio"/> Windpocken | <input type="radio"/> Andere |

Beobachtungen während 35 Tagen nach der Impfung

- | | |
|--|---|
| A Impfstelle gerötet (1), verhärtet (2), schmerzhaft (3) | K Erbrechen |
| B Erhöhte Körpertemperatur | L Hautreizungen |
| C Vermehrtes Weinen (1), unruhig (2), unzufrieden (3) | M Wesensveränderungen |
| D Plötzliches Aufschreien (1), schrilles Schreien (2) | N Kalter Schweiß Füße (1), Hände (2) |
| E Vermehrtes Schlafbedürfnis (1), schlecht weckbar (2) | O Stuhlveränderungen (1), Durchfall (2) |
| F Einschlafschwierigkeiten (1), nächtliches Aufwachen (2) | P Lymphknotenschwellungen |
| G Appetitlosigkeit | Q Stillschwierigkeiten (1), brustscheu (2) |
| H Lähmungserscheinungen (1), Zuckungen (2), Krämpfe (3) | R Atmungsunregelmässigkeiten |
| I Interessellosigkeit | S Erkältungen/Infekte |
| J Speichelfluss, fehlende Schluckreaktion | T Bettnässen |

Bitte tragen Sie die Beobachtungen mit den entsprechenden Buchstaben und Zahlen in den folgenden Tabellen ein. Babys und Kinder nur vormittags impfen lassen (Tageserstbeobachtungen). Verwenden Sie für jede Impfung ein neues Formular.

Impfdatum und Uhrzeit:

| | 8 bis 20 Uhr | 20 bis 8 Uhr | | 8 bis 20 Uhr | 20 bis 8 Uhr |
|---------|--------------|--------------|---------|--------------|--------------|
| Impftag | | | 18. Tag | | |
| 1. Tag | | | 19. Tag | | |
| 2. Tag | | | 20. Tag | | |
| 3. Tag | | | 21. Tag | | |
| 4. Tag | | | 22. Tag | | |
| 5. Tag | | | 23. Tag | | |
| 6. Tag | | | 24. Tag | | |
| 7. Tag | | | 25. Tag | | |
| 8. Tag | | | 26. Tag | | |
| 9. Tag | | | 27. Tag | | |
| 10. Tag | | | 28. Tag | | |
| 11. Tag | | | 29. Tag | | |
| 12. Tag | | | 30. Tag | | |
| 13. Tag | | | 31. Tag | | |
| 14. Tag | | | 32. Tag | | |
| 15. Tag | | | 33. Tag | | |
| 16. Tag | | | 34. Tag | | |
| 17. Tag | | | 35. Tag | | |