

# IMPF-SICHERHEITSZERTIFIKAT COVID-19



Proband Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Impfender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Arztnummer \_\_\_\_\_

Zuständige K.Vg. \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Impfzentrum \_\_\_\_\_

COVID-19-Vakzin \_\_\_\_\_

## Haftungshinweise

Hiermit bestätigt der/die impfende Arzt/Ärztin die Aufklärung des Impfprobanden über alle bekannten Nebenwirkungen sowie die genaue Zusammensetzung des verabreichten COVID-19-Vakzins. Er/Sie garantiert die Wirksamkeit der Impfung ausschließlich gemäß den Angaben des Vakzin-Herstellers. Ferner gewährleistet er/sie, dass nur zertifizierte Original-Impfstoffe verabreicht werden.

Der Arzt/Die Ärztin hat den Gesundheitszustand und die Impffähigkeit des Probanden detailliert überprüft und dokumentiert und hält die Impfung für risikolos durchführbar. Des Weiteren schließt er/sie insbesondere die Möglichkeit eines anaphylaktischen Schocks, Lähmungen, Vergiftungsercheinungen, bekannte Komplikationen, Allergien, Einschränkungen der Fruchtbarkeit, allgemeine Spätfolgen oder sonstige Gesundheitsschäden oder -beeinträchtigungen, die durch die Impfung hervorgerufen werden können, vollständig aus.

Für den Fall gesundheitlicher oder zum Tode führender Direkt- oder Spätfolgen bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren nach der Impfung haftet der/die impfende Arzt/Ärztin vollumfänglich für alle entstehenden Behandlungs- und Therapiekosten sowie für etwaigen Schadenersatz und Schmerzensgeld. Ansprüche nach Ablauf von zwei Jahren sind ausgeschlossen. Bis zu 90 Tage nach dem Impftermin muss der/die impfende Arzt/Ärztin nachweisen, dass aufgetretene negative Gesundheitsfolgen nicht durch die Impfung impliziert wurden. Nach diesem Zeitraum hat der Impfproband selbst den kausalen Zusammenhang eventueller Spätfolgen durch die Impfung nachzuweisen. Eine entsprechende Haftpflichtversicherung ist dem Impfprobanden auf Anfrage vorzulegen.

Die Ersthftung durch Bundes- oder Landesbehörden wird ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Proband