

## Erklärung zur gewünschten Impfpflicht !

Bitte vom Arbeitgeber – Kindergarten – Schule oder sonstigen Institutionen (nachfolgend eintragen)

ausfüllen - und unterschreiben lassen

Name: \_\_\_\_\_

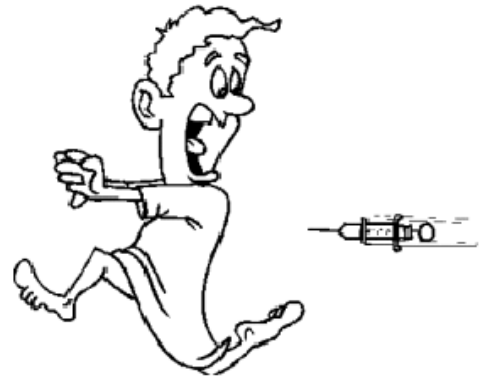
Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: / Alter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



### Gewünschte Impfung:

(Bitte bei mehreren Impfungen das Erklärungsblatt für jede Impfung einzeln ausfüllen lassen - danke)

### Impfrisiko: (Bitte unbedingt nur ein Kästchen dazu ankreuzen - danke)

- Ich sehe die Risiken von schweren Impfkomplicationen oder etwaigen Impfschäden als dermaßen gering an – dass ich bereit bin – die volle Haftung für eventuelle Gesundheitsschäden zu übernehmen
- Da die von mir empfohlene bzw. gewünschte Impfung nicht ganz frei von Risiken ist – bin ich nicht bereit – eine Haftung etwaige Gesundheitsschäden zu übernehmen – Das Risiko haben allein der Impfling bzw. seine Erziehungsberechtigten zu tragen

Ich versichere - dass der oben verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit des Geimpften ist - und das sie keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen werden - wie z.B. Tuberkulose – Blindheit - Lähmungserscheinungen - Gehirnschädigungen – Krebs an der Impfstelle oder anderen Orten – Diabetes - Nierenschäden – Leberentzündungen - usw. mit oder ohne Todesfolge –

Ich versichere weiter - dass der verabreichte Impfstoff (siehe oben) Jahre lang die Krankheit verhütet - gegen die er gegeben wird –

Sollte eine Krankheit - gegen die geimpft werden muss - dennoch in dieser Zeit auftreten - so werde ich freiwillig und ohne vorigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen - Wenn irgendein physischer- oder psychischer Schaden durch die aufgezwungene Impfung entsteht - verpflichte ich mich - dem Opfer oder dessen Familie oder Angehörigen ebenfalls – und ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts - vollumfänglich für den Schaden aufzukommen –

Ich habe nach bestem Wissen alternative und nebenwirkungsfreie Methoden der Krankheitsprophylaxe auf ihre Eignung hin geprüft - dennoch bin ich der Auffassung – das es zur Impfung keine Alternative gibt – Auf entsprechende Fragen des Impflings gehe ich sehr gerne ein – Sämtliche Angabe erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen -

-----  
Bitte nun vom Arbeitgeber – Kindergarten – Schule etc. ausfüllen und unterzeichnen lassen

Firma / Institution : \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Firmen Stempel: