

Impfung Gewährleistung / Haftungsübernahme

Impfling:

Frau/Herr/Kind Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: __. __. ____ Krankenversicherung: _____ VersichertenNr: _____

Wohnhaft Straße: _____ HausNr: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Impfung:

Krankheit: _____ KrankheitsErreger: _____

Impfstoff: _____

Name Fertigarzneimittel: _____ Hersteller: _____

ChargenNr.: _____ Herstellungsdatum: _____ Verfalldatum: _____

Zusatzstoffe/Hilfsmittel: _____

LieferApotheke: _____

ArztPraxis:

Name: _____ Anschrift (Stempel) _____

Die Impfung wurde durchgeführt von: Name: _____ Unterschrift: _____

Gewährleistung:

1.) Der verantwortliche Arzt haftet für alle Schäden, die durch die Impfung entstanden sind. Das gilt ohne weitere Prüfung für alle Vorfälle, die gemäß den einschlägigen Fachschriften bekannt sind und auftreten können.

2.) Der verantwortliche Arzt versichert, daß er nur Fertigarzneimittel verwendet, die keine DNA oder RNA enthalten. Die Immunisierung erfolgt nur aufgrund von Impfstoffen, die aus Oberflächenteilen des obengenannten Erregers hergestellt wurden. Wirkungsverstärker und sonstige arzneilich wirksame Stoffe sind nicht enthalten.

3.) Der verantwortliche Arzt versichert, daß er das Fertigarzneimittel aus einer ihm bekannten Apotheke bezogen hat. Diese hat die Ware im Rahmen des Wareneinkaufs gemäß den gültigen Vorschriften, insbesondere der Arzneibücher, auf Echtheit, Reinheit und Gehalt geprüft. Insbesondere auch auf das Vorhandensein von Stoffen, die nicht gemäß 2.) vorgesehen sind. Darüber liegen eindeutige Berichte vor. Eine lückenlose Kühlkette auf dem gesamten Lieferweg wurde durch die Apotheke bestätigt. Für Schäden, die durch Fehler der Apotheke entstanden sind, haftet die Apotheke. Diese hat im Rahmen der Lieferung eine gültige Betriebshaftpflicht nachgewiesen. Diese Unterlagen sind dieser Bestätigung beizufügen und dem Impfling auszuhändigen.

Ort, Datum: _____ Praxis: _____

Verantwortlicher Arzt: Name: _____ Unterschrift: _____