

# Impfbescheinigung

---

## Ärztliche Impferklärung

Ich, der unterzeichnende Arzt, erkläre verbindlich, dass

der Impfstoff .....  
Name des Herstellers .....  
als Vorbeugung gegen  
folgende Erkrankung(en) .....

gegeben wird und aus folgenden  
Inhaltsstoffen besteht .....

und dass der Impfstoff frei von Verschmutzungen irgendwelcher Art ist.

Diesen Impfstoff verabreiche ich heute an:

Vorname .....  
Name .....  
PLZ, Wohnort .....  
Alter (Jahre, Monate) .....

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 sonstige neurologische 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 aufzukommen.

Vor der Impfung wurden der zu Impfende oder dessen Verantwortliche wie Eltern, Vormund, usw. genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen (unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels) informiert.

**Darüber hinaus versichere ich an Eides statt, daß weder die Spritze noch der Impfstoff ein Implantat oder einen MicroChip enthalten.**

....., den .....

.....  
(Name und rechtsverbindliche Unterschrift des Arztes) (Stempel)

**Formular: AEGIS Schweiz**  
Postfach 5239, CH 6000 Luzern 5, Tel.: 041 250 2474 Fax: 041 250 2363

Kopieren und weitergeben erwünscht!