

## Patienten-Erklärung

### Impfung mit einem in Deutschland nicht zugelassenen Impfstoff

Über die Indikation zur Impfung mit dem Impfstoff

.....

des Herstellers .....

Impfschema, Dosis, .....

Chargennummer .....,

sowie über mögliche Unverträglichkeit und die Nebenfolgen wurde ich,

....., geboren am .....

im Rahmen eines persönlichen Aufklärungsgespräches umfassend informiert. Mit der Impfung bin ich einverstanden. Ich weiß, dass dieser Impfstoff in Deutschland nicht zugelassen ist und ich damit im Falle impfstoffbedingter Gesundheitsstörungen gegen den Impfstoffhersteller und gegen den Staat keinen gesetzlichen Entschädigungsanspruch habe. Davon unberührt bleibt der Haftungsanspruch wegen schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflichten.

.....

Datum

.....

Unterschrift