

## Impfung mit einem in Deutschland nicht zugelassenem Impfstoff

Über die Indikation zur Impfung mit dem Impfstoff \_\_\_\_\_

des Herstellers \_\_\_\_\_ Impfschema, Dosis \_\_\_\_\_

Chargennummer \_\_\_\_\_

sowie über mögliche Unverträglichkeit und Nebenfolgen wurde ich 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 gegen den Impfstoffhersteller und gegen den Staat keinen gesetzlichen Entschädigungsanspruch im Falle impfstoffbedingter Gesundheitsstörungen habe. Davon unberührt bleibt der Haftungsanspruch wegen schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_