

Erklärung zum Haftungsausschluss

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

mein Einverständnis, mich mit dem Vektorimpfstoff Vaxzevria® (AstraZeneca) gegen die COVID-19-Erkrankung impfen zu lassen. Ich habe mich umfassend informiert und wurde auch umfassend aufgeklärt. Mir sind mögliche Risiken und Nebenwirkungen bekannt.

Ich verzichte hiermit ausdrücklich, auch im Namen meiner Angehörigen als auch Erben, auf sämtliche Schadensersatzansprüche gegen Ihre Praxis im Falle jeglicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen, Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen - auch solcher, die zum Zeitpunkt der Impfung noch nicht bekannt sind.

Ich erkläre dies im vollen Besitz meiner geistigen Fähigkeiten.

Unterschrift

Datum (Tag der Impfung)