



ELMICAELLA

Kinderschutz-Dozentin - Familienberatung - Verfahrensbeiständin - Heilpraktikerin im Bereich der Psychotherapie - Supervisorin - Mediatorin - Psychologische Beraterin

Bitte beachte: diese Unterlagen dienen zur Inspiration

Haftungsübernahmeerklärung des Arztes für die Impfung meines Kindes

Zwischen: (Name des Arztes, Anschrift, Praxis)

und

(Name des Kindes, Name des gesetzlichen Vertreters/Eltern, Anschrift)

Betreff: Privatrechtliche Haftungsübernahme für die Durchführung einer Impfung

1. Der unterzeichnende Arzt bestätigt, dass er umfassend über die Impfung und alle damit verbundenen Risiken, Nebenwirkungen sowie möglichen Komplikationen auf der Grundlage des aktuellen medizinischen Wissensstands informiert hat. Die Aufklärung über mögliche Impfreaktionen und -nebenwirkungen wurde in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch durchgeführt.
2. Der Arzt übernimmt hiermit die privatrechtliche Haftung für sämtliche gesundheitlichen Schäden und Komplikationen, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Verabreichung der Impfung an das oben genannte Kind stehen, auch wenn die Schäden erst nach einem längeren Zeitraum auftreten. Dies gilt insbesondere für solche Schäden, die als Impfnebenwirkung anerkannt oder vermutet werden und die durch die Impfung kausal verursacht wurden.
3. Diese Haftungsübernahme umfasst ausdrücklich alle Schäden, die kausal im Zusammenhang mit der Impfung stehen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf physische, psychische oder neurologische Schäden, Behinderungen, lebensbedrohliche Zustände sowie langfristige oder bleibende Schäden.
4. Der Arzt erklärt, dass er für alle Kosten, die aus den genannten gesundheitlichen Schäden resultieren, aufkommt. Dies umfasst insbesondere die Kosten für ärztliche Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Medikamente, Pflege und sonstige Aufwendungen, die für die Genesung oder Betreuung des Kindes erforderlich werden.
5. Der Arzt verpflichtet sich, im Falle eines Schadenseintritts unverzüglich eine medizinische und rechtliche Prüfung zu veranlassen und etwaige Schadensersatzleistungen in vollem Umfang zu tragen.



ELMICAELLA

Kinderschutz-Dozentin - Familienberatung - Verfahrensbeiständin - Heilpraktikerin im Bereich der Psychotherapie - Supervisorin - Mediatorin - Psychologische Beraterin

Bitte beachte: diese Unterlagen dienen zur Inspiration

6. Der Arzt bestätigt, dass er sich der Tragweite dieser Erklärung bewusst ist und die Haftungsübernahme freiwillig und im vollen Bewusstsein der rechtlichen Konsequenzen unterzeichnet.

Ort, Datum _____

(Unterschrift des Arztes)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Eltern)

Rechtliche Hinweise:

Dieser Text dient als Vorschlag und sollte vor einer Anwendung mit einem rechtlichen Berater besprochen werden.