

Impfbestätigung

Name des Arztes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hiermit bestätige ich, _____, dass die heute durchgeführte

Impfung _____ gegen die folgenden Krankheiten

dazu führt, dass das geimpfte Kind _____, geboren am _____, zu keinem späteren Zeitpunkt an den hier aufgeführten Krankheiten erkranken oder auch nur leichte Symptome zeigen wird und die Impfung das Kind mit 100%iger Sicherheit vor den genannten Erkrankungen schützt.

Außerdem bestätige ich, dass durch die Impfung in keinem Falle eine Gefahr durch einen Impfschaden, anaphylaktischen Schock, Vergiftungserscheinungen, Komplikationen, Allergien, allgemeine Spätfolgen oder sonstige Gesundheitsschäden oder -beeinträchtigungen hervorgerufen werden kann und wird.

Ich bestätige hiermit, dass die original Packungsbeilage der oben genannten Impfung den Eltern

_____ ausgehändigt wurde.

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____