

Haftungsausschluss
(Impfung mit AstraZeneca unter 60 Jahren)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass der Impfstoff AstraZeneca derzeit nicht für Personen unter 60 Jahren empfohlen wird durch die deutsche Ständige Impfkommission. Es besteht eine Zulassung durch die Europäische Arzneimittelbehörde. Trotz der fehlenden deutschen Empfehlung, möchte der Patient eine Impfung mit AstraZeneca auf eigenes Risiko erhalten und stimmt hiermit gegenüber der Gemeinschaftspraxis Dr. Timnik/Dr. Reiter von-Rehlingenstraße 22, 86356 Neusäß, dem damit verbundenen Haftungsausschluss zu.

Ort, Datum

Unterschrift