

Bestätigung der rechtskonformen Impfaufklärung

Hiermit bestätige ich

als behandelnde/r Ärztin/Arzt, dass ich meine Patientin/meinen Patienten:

und/oder dessen gesetzliche Vertretung

rechtskonform über die Impfungen aufgeklärt habe. Diese Aufklärung beinhaltete folgende Impfungen:

Im Impf-Aufklärungsgespräch wurden von mir folgende Punkte besprochen und erläutert (bitte ankreuzen):

- Gründe für die Impfungen
- Zweck der Impfungen
- Risiken und Nebenwirkungen der Impfungen
 - Beipackzettel der Impfungen wurde vorgelegt und erklärt
- Kosten der Impfungen
- Folgen einer möglichen Unterlassung von Impfungen
- Alternativen zu den Impfungen
- Freiwilligkeit der Impfungen
- Gefahr der möglichen Ansteckung Dritter ohne Impfungen und mit Impfungen
- Dass Impfen eine Körperverletzung ist, wenn sie ohne vorgängige rechtskonforme Aufklärung mit anschliessender Einwilligung des potentiellen Impflings oder dessen gesetzlichen Vertretung durchgeführt wird.
- Allfällige Fragen wurden zur Zufriedenheit der Fragenden beantwortet.
- Allfällige Studien, z.B. zu Wirksamkeit und Sicherheit, wurden gewünscht und von mir vorgelegt. Namentlich sind dies:
 - _____

Ich bestätige weiterhin, dass die Aufklärung für die Patientin/den Patienten oder dessen gesetzliche Vertretung folgendermassen stattgefunden hat (diese Punkte wurden von mir nach dem Aufklärungsgespräch abgefragt):

- Das Aufklärungsgespräch war klar und deutlich ohne verwirrende Fachbegriffe
- Der Patient/dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter war es möglich, sich ohne Beeinflussung, Zwang oder Manipulation eine eigene Meinung zu bilden.
 - Der Entscheid wurde nicht unmittelbar im Anschluss an dieses Aufklärungsgespräch getroffen, sondern steht noch aus.
- Die angesprochenen Punkte und Themen, die über diese in diesem Formular erwähnten Punkte und Themen gehen, wurden im Patientendossier vermerkt. Wo nötig wurden Ergänzungen zu diesem Gespräch im Patientendossier stichwortartig zusammengefasst.

Ich bestätige ebenfalls, dass ich keinerlei rechtswidrigen Druck auf meine Patienten/meinen Patienten und/oder dessen gesetzliche Vertreter ausgeübt habe. Es ist mir bewusst, dass das Impfen ein freiwilliger Akt ist und keinerlei gesetzlichem Zwang untersteht. Jeder Impfscheid muss ohne jeglichen äusseren Druck stattfinden und freiwillig sein. Der Entscheid "Impfen - Ja oder Nein" wurde von mir ohne weitere Massnahmen oder Interventionen akzeptiert.

Das Aufklärungsgespräch fand an folgenden Daten statt:

Ort: _____ Datum: _____ Zeit: von _____ bis _____

Es ist mir bekannt, dass ein mir nicht genehmer Impfscheid mich als behandelnde/n Arzt/Ärztin dazu berechtigt, die Patientin/den Patienten und/oder deren gesetzlichen Vertretung an einen anderen Arzt zu verweisen.

Unterschrift: _____ Stempel: _____