

Verzichtserklärung

Tetanusimpfung (Starrkrampfimpfung)

Nach erfolgter ausführlicher Aufklärung über die Tetanus-Erkrankung und die möglichen Folgen einer Erkrankung durch den Arzt

Titel, Name, Vorname

Adresse

und trotz dem ausdrücklichen Rat des Arztes, die aus medizinischer Sicht notwendige Impfung machen zu lassen, **verzichte** ich,

Name, Vorname

Adresse

auf eigene Verantwortung auf diese Impfung.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschriften:

.....
Arzt

.....
Patient bzw. gesetzlicher Vertreter