



## Haftungsfreistellung für meine COVID-19 Schutzimpfung

Ich ....., geboren am ....., bin mir bewusst, dass es nach meiner COVID-19 Schutzimpfung, die mir in der Ordination bei Frau Doktor Anita Christina Kaiser verabreicht wird, zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Mir wurde auch – vor der Impfung – ein Corona Antikörper-Test empfohlen und angeboten.

In voller Kenntnis der damit verbundenen Risiken und der nicht vorhandenen Langzeitstudien der COVID-19 Schutzimpfung entbinde ich hiermit Frau Dr. Anita Christina Kaiser, geboren am 20. Mai 1986, sowie Herrn Dr. Arian Pazouki, geboren am 24. Juli 1967 und das gesamte Ordinationsteam von allen Haftungen, Ansprüchen, Forderungen, Klagen, Sammelklagen und Klaggründen jeglicher Art, falls es nach der Impfung zu Nebenwirkungen - laut Packungsbeilage - kommt.

Aber auch bei möglichen Nebenwirkungen, die nicht in der Packungsbeilage des Impfstoffes angegeben sind (z.B.: Müdigkeit - Fatigue, Impotenz, Unfruchtbarkeit, Depression, Mattigkeit, Unruhe, Allergien, Hauterkrankungen, physische-, psychische- und neurologischen Schäden, Dauerschäden, Tod,...) entbinde ich Frau Dr. Anita Kaiser, Herrn Dr. Arian Pazouki und das gesamte Ordinationsteam von allen Haftungen, Ansprüchen, Forderungen, Klagen, Sammelklagen und Klaggründen jeglicher Art.

Ich erkläre mich damit einverstanden, Frau Dr. Anita Kaiser, Herrn Dr. Arian Pazouki und das gesamte Ordinationsteam von Frau Dr. Anita Kaiser von und gegen alle Kosten, Ausgaben, Schäden, Klagen und/oder Verbindlichkeiten oder Ansprüche zu entschädigen, zu verteidigen und schadlos zu halten, die sich direkt oder indirekt mit meiner COVID-19 Schutzimpfung ergeben.

Weiters bestätige ich, dass ich über die damit verbundenen Risiken meiner COVID-19 Schutzimpfung ausreichend informiert wurde, dass ich ausreichend Zeit gehabt habe, alle meine Fragen zu stellen, dass alle meine Fragen beantwortet wurden und dass ich meine freiwillige Zustimmung gebe, indem ich diese Erklärung zur Haftungsfreistellung als meine eigene freie Handlung und Tat unterzeichne, in der vollen Absicht, daran gebunden zu sein und frei von jeglicher Beeinflussung oder Einflussnahme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Haftungsfreistellung gelesen habe und ihren Inhalt verstehe.

Aspach, am ..... Unterschrift (Patient / SachwalterIn) .....

