

# Haftungsübernahmeerklärung

Ich der/die Unterzeichnende bin Behandelnde/r im Sinne von § 630d BGB und erkläre zur Erlangung der Einwilligung gemäß § 630d Absatz 1 Satz 1 BGB von der/dem Patientin/Patienten

....., geb. am .....,  
wohnhaft: ....., wie folgt:

1. Mir ist bekannt, dass der von mir zur vorbeugenden Behandlung gegen COVID-19 zu verwendende mRNA-Impfstoff Comirnaty /Spikevax (*Unzutreffendes ist zu streichen*) von der European Medicines Agency (EMA) nur eine Notzulassung bekommen hat und die abschließende Bewertung der Sicherheit und Wirksamkeit dieser Impfstoffe gemäß Abschnitt II, Buchstabe E. der *EPAR Product Information* von den Herstellern der o.g. Impfstoffe noch durch Vorlage eines endgültigen klinischen Studienberichts über die randomisierten, placebokontrollierten und beobachterblinden Studien bis 31.07.2024 von BioNTech und 30.09.2022 von Moderna bei der EMA nachzuweisen ist.

2. Somit ist mir bewusst, dass es sich um eine versuchsweise vorbeugende medizinische Behandlung handelt.

3. Mir ist durch die Produktinformation zu den o.g. mRNA-Impfstoffen bekannt, dass die Anwendung derselben bei Patienten, die allergisch auf die im Abschnitt 6 der Produktinformation aufgelisteten Bestandteile reagieren, zu unterlassen ist. Insoweit erkläre ich, dass ich die diesbezügliche Impffähigkeit der/des o.g. Patientin/Patienten nicht untersucht habe und auf die Vorlage einer Impffähigkeitsbescheinigung durch einen Facharzt für Allergologie vor der Behandlung verzichte.

4. Mir ist bekannt, dass die in den Impfstoffen verwendeten Nanolipide ALC 0315 und ALC 0159 (Comirnaty) sowie SM-102 (Spikevax) von verschiedenen Herstellern in den Sicherheitsdatenblättern als nicht beim Menschen anzuwenden bzw. nur für Versuchszwecke zu benutzen gekennzeichnet sind.

5. Mir ist auch bekannt, dass es keinerlei Studien seitens der Hersteller zu möglichen Wechselwirkungen der Impfstoffe mit anderen Arzneimitteln, die derzeit auf ärztliche Verordnung einzunehmen sind, gibt. Mir ist ebenso bekannt, dass die mRNA-Impfstoffe bei Patienten, die an Thrombozytopenie oder Gerinnungsstörung leiden, mit Vorsicht verwendet werden sollen und bei Patienten mit Immunschwäche bzw. Patienten, die mit Immunsuppressiva behandelt werden, keine Untersuchungen der möglichen Wechselwirkungen mit den mRNA-Impfstoffen stattgefunden haben. Ich verzichte auch auf kardiologische Voruntersuchungen des Impfings, obwohl die Hersteller der mRNA-Impfstoffe auf ein erhöhtes Risiko der Erkrankung an Myokarditis und Perikarditis nach Verabreichung des jeweiligen mRNA-Impfstoffes hingewiesen haben.

6. In Ansehung dieser genannten Gegebenheiten bin ich gleichwohl bereit, die vorbeugende versuchsweise Behandlung durch Injektion des gewählten mRNA-Impfstoffes an der/dem Patientin/Patienten unter der Maßgabe folgender Haftungsübernahmeerklärung vorzunehmen.

7. Ich übernehme im Falle von Fehl- und/oder Nebenwirkungen durch den verwendeten Impfstoff die Haftung für alle etwaigen körperlichen und finanziellen Folgen bei der/des o.g. Patientin/Patienten, etwa aus möglicher Erwerbsunfähigkeit, Minderung der Lebensqualität und wegen möglicher chronischer Leiden. Diese Haftung wird auch übernommen, wenn neben mir eine Amtshaftung der mich mit der Impfung beauftragenden Behörde in Betracht kommt. Die Haftung besteht auch bei etwa nicht gewährtem Deckungsschutz einer etwa bestehenden Haftpflichtversicherung.

8. Im Falle des Todes der/des Patientin/Patienten in Folge der Impfung werde ich sämtliche Ansprüche auf Schadensersatz gegenüber den Erben der Patientin erfüllen.

9. Im Falle von Fehl- und/oder Nebenwirkungen durch den verwendeten Impfstoff obliegt es mir zu beweisen, dass selbige nicht durch die vorbeugende versuchsweise Behandlung mit dem o.g. Impfstoff verursacht wurden.

....., den ..... ladungsfähige Anschrift des/der Behandelnden

.....

Unterschrift des/der Behandelnden