

Impfverfügung

(Einwilligung in eine Heilbehandlung gem. § 228 StGB in Verbindung mit § 133 BGB)

Ich,

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

mache von meinen höchststrichterlich verbrieften Grundrechten als Patient Gebrauch:

Ein physischer Eingriff in meine gesundheitliche Integrität gegen meine ausdrückliche Einwilligung stellt keine Heilbehandlung dar, sondern erfüllt den **Straftatbestand der Körperverletzung (§ 228 StGB)**. Dies gilt auch für eine Impfung.

Der ausdrückliche mündliche und schriftlich verfasste Patientenwille bildet laut höchststrichterlicher Rechtsprechung den Rahmen für jedes ärztliche Handeln ab (**vgl. Urteil des OLG Frankfurt a.M. v. 15.7. 1998, 20 W 224/98, Urteil des LG München 18.2.1999, 13 T 478/99, Urteil des OLG Karlsruhe v. 26.3.2004 – 11 Wx 13/04, Urteile des BGH v. 7.3.2003 (XII ZB 2/03), v.8.6.2005 (XII ZR 177/30), v.25.6.2010 (2 StR454/09), v.10.11.2010 (2 StR 320/10), v. 16.10.2014 (Az. XII ZB 202/13)**).

Daher ist es jedem Arzt gesetzlich untersagt, medizinische Handlungen an mir vorzunehmen, die meinem ausdrücklichen Patientenwillen widersprechen.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)

Ärztliche Selbstverpflichtung / Rechtsgültige Anerkennung der Schadensersatzpflicht

Ich.....

(Vorname, Name, Geburtsdatum der Arztperson)

erkläre mich bereit, für alle eintretenden gesundheitlichen Folgeschäden, die eine Impfung bewirken kann, vollumfänglich die Verantwortung zu übernehmen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich mit einer Impfung entgegen dem erklärten Patientenwillen von

.....

(Vorname, Name, Geburtsdatum des/der Patienten/in

handle und damit gegen bundesdeutsche höchstrichterliche Rechtsprechung verstoße. Da kein von beiden Seiten unterzeichneter Behandlungsvertrag für eine Impfung vorliegt, fällt mein unerlaubtes ärztliches Handeln unter die **deliktische Haftung**. Ich hafte insbesondere nach **§ 823 BGB** für auftretende Impffolgeschäden, **weil ich schuldhaft und rechtswidrig die absoluten Rechte auf Leben, Körper, Gesundheit, meines Patienten / meiner Patientin verletze**.

Gemäß **§ 683 BGB bzw. § 12,1 und § 39 des V. Buchs des Sozialgesetzbuchs** hafte ich für die entstehenden Kosten möglicher Impfschäden mit meinem **Privatvermögen**.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift, Arztstempel)