

Einwilligung der Patientin / des Patienten für den Off-Label-Use mit einem COVID-19 Impfstoff

Hiermit erkläre ich, dass ich von **Dr.med. D. Friedrich / Dr. med. L. Baldinger** darüber informiert worden bin, dass das nachfolgend genannte Arzneimittel (COVID-19 Impfstoff) - auf meinen Wunsch hin - ausserhalb der aktuellen arzneimittelrechtlichen Zulassung bei mir eingesetzt wird, und dass ich deshalb beim eventuellen Auftreten unerwünschter Wirkungen (insb. Impfschaden) allenfalls nicht mit der Produkthaftung des Herstellers (PrHG; SR 211.112.944) rechnen kann. Ich nehme zur Kenntnis, dass die subsidiäre Entschädigungspflicht bei einem Impfschaden seitens Behörden grundsätzlich nur in den Fällen greift, in denen Impfungen behördlich angeordnet oder empfohlen wurden (Art. 64 ff. EpG).

Folgender Impfstoff wird Off-Label eingesetzt:

Es liegt eine Off-Label Verwendung vor, weil:

Die Indikation wurde gestellt durch:

Ich wurde von **Dr.med. D. Friedrich / Dr. med. L. Baldinger** über die medizinischen Aspekte beim heutigen Einsatz des oben genannten COVID-19 Impfstoffes (Off-Label-Use) in einem persönlichen Gespräch umfassend, inkl. alternativer Behandlungsmöglichkeiten, informiert. Meine Fragen hierzu habe ich stellen können; diese sind nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft beantwortet worden.

Ich wünsche die Behandlung mit dem Arzneimittel ausserhalb der zugelassenen Indikation und erteile die Einwilligung für die Impfung mit dem heutigen COVID-19 Impfstoff (Off-Label-Use).

Datum/Ort

Vor- und Nachname / Unterschrift Patient/In

VacMe-Code
