

DECLARATION DU MEDECIN SUR LE VACCIN ADMINISTRÉ

Moi, le soussigné medecin declare ici que le vaccin nom du producteur / vaccin

.....
est administré comme prevention contre les maladies suivantes:

.....
et que le vaccin contient les ingredients suivantes:

.....
et que cet vaccin ne contient aucun type de pollution ni des ingredients nuisable. Cet vaccin j'administre aujourd'hui á:

nom:
prenom:
adresse:
date de naissance:

Avant d'administrer cet vaccin j'ai verifié avec tout mes moyennes possible la bonne santé de mon patient et declare qu'il n'a pas eu ni claquages, allergies ou des autres derangements neurologiques. J'ai trouvé les maladies / symphomes suivantes:

.....
.....

Je déclare que le vaccin est sans aucun danger pour la vie et la santé de mon patient et qu'il va pas causer aucune dommage directe ou indirecte, comme par exemple: paralyses, dommages de cerveau, problemes de vision/des yeux, tubercolosis, cancer, dommage des reins, inflammations de la foi, diabete ou des maladies pareilles. Je déclare encore que le vaccine administré va proteger ans contre la maladie contre qu'il est administré. Si la maladie va se produire pendant ce temps je vais, volontairement et sans appliquer mes droits de me defendre devant un tribunal, payer tous les frais qui s'ont produit a cause de la maladie. Si une dommage physique ou psychique se produit a cause de vacciner mon patient aujourd'hui je vais aussi, volontairement et sans appliquer mes droits de me defendre devant un tribunal, payer tous les frais qui s'ont produit a cause de la maladie. Avant de vacciner mon patient, lui (ou ses parents ou son responsable) etait informé et bien expliqué en detail les benefices, risques, effets secondaire et ingredients de cet vaccin selon mon savoir professionnel et la fiche technique que vient avec le vaccin.

Adresse le,
..... (tampon)

Nom et propre signature legale du medecin temoin(s), nom, prenom, adresse, date de naissance, téléphone:

.....
.....

COPIER ET DISTRIBUER EST SOUHAITÉ