

## **VORGEHEN BEI IMPF-OBLIGATORIUM**

Was können wir tun, wenn wir zur Corona-Impfung gezwungen werden?

***Verweigert auf keinen Fall Die Impfung! Ganz im Gegenteil – fordert folgende Dokumente an.***

- 1) Qualitätszertifikat für den Impfstoff**
- 2) Angaben zum Impfstoff-Hersteller**
- 3) Dokumente und Lizenzen der Impfstoff-Herstellers**
- 4) Auszug aus dem einheitlichen Staats-Register des Impfstoff-Unternehmens**
- 5) Unterlagen zur Zulassung und Akkreditierung des Unternehmens**
- 6) Gültige Firmenlizenzen**
  - Impfstoff-Test-Zertifikate
  - Nebenwirkungen des Impfstoffs
  - Versicherungsschutz-Dokumente bei negativen Folgen und die Höhe der Entschädigungskosten
- 7) Dokumente der Personen, die die Impfung verabreichen**
  - Ausbildung
  - Zertifizierung
  - Arbeitszulassung
  - COVID-19 Negativtest

**Nach der Vorlage all dieser Dokumente muss man eine Probe des Impfstoffs zur Analyse ins Labor schicken und sie untersuchen lassen.**

**Danach muss man eine schriftliche Erklärung mit Unterschrift verlangen, dass man nach dieser Impfung keine gesundheitliche Schäden haben wird.**

**DIES IST EINE NOTWENDIGE VORAUSSETZUNG !!!**

**BEVOR EINE IMPFUNG AN MIR DURCHGEFÜHRT WIRD, FORDERE ICH FOLGENDE DOKUMENTE ZUR EINSICHT AN**

- 1. Qualitätszertifikat für den Impfstoff**
- 2. Angaben zum Impfstoff-Hersteller**
- 3. Dokumente und Lizenzen des Impfstoff-Herstellers**
- 4. Auszug aus dem einheitlichen Staats-Register des Impfstoff-Unternehmers**
- 5. Unterlagen zur Zulassung und Akkreditierung des Unternehmens**
- 6. Gültige Firmenlizenzen**
  - Impfstoff-Test-Zertifikate
  - Nebenwirkungen des Impfstoffs
  - Versicherungsschutz-Dokumente bei negativen Folgen und die Höhe der Entschädigungs-Kosten
- 7. Dokumente der Personen, die die Impfung verabreichen**
  - Ausbildung
  - Zertifizierung
  - Arbeitszulassung
  - COVID-19 Negativtest

**Name/Vorname Forderer(in) Blockschrift**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alle Unterlagen bitte an folgende Adresse zustellen (Blockschrift)**

\_\_\_\_\_

**Name/Vorname Entgegennehmer(in)**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

\_\_\_\_\_

**Dieses Dokument gibt es in zweifacher Ausführung**

## **NOTWENDIGE VORAUSSETZUNG zur Durchführung einer Impfung**

**Ich, der unterzeichnende Arzt und/oder Impf-Ausführer, erkläre hiermit verbindlich, dass nachfolgend genannte Person/Mensch**

Name/Vorname Person/Mensch inkl. Geburtsdatum (in Blockschrift)

---

**nach dieser Impfung keinerlei gesundheitliche Schäden haben wird.**

**Ich verpflichte mich, falls durch diese Impfung betreffend Corona/COVID-19/SARS-CoV2-Virus gesundheitliche Schäden entstehen, dem Opfer und/oder dessen Familie ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für alle Schäden und Einschränkungen, finanziell aufzukommen.**

Name/Vorname Arzt/Impfausführer inkl. Geburtsdatum (in Blockschrift)

---

Private Adresse Arzt/Impfausführer

---

Adresse Durchführungsort

---

Rechtsverbindliche Unterschrift Arzt/Impfausführer

Stempel

---

---

Ort/Datum

---

Dieses Dokument gibt es in zweifacher Ausführung