

HAFTUNGSERKLÄRUNG

Ich , geboren am

in , Wohnadresse

als behandelnder Arzt, bestätige hiermit , entgegen der am deutlich

geäußerten Bedenken von geboren am

..... in , Wohnadresse

.....
dass der zu verabreichende Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die physische und psychische Gesundheit des zu impfenden Menschen ist und keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen kann, wie z.B. Lähmungen, Gehirnschäden, Entwicklungsstörungen, Blindheit, Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes, ... etc. Weiters bestätige ich, dass der zu verabreichende Impfstoff weder MRC-5 noch andere menschliche Zellen, Zellbestandteile oder DNS enthält und zu keinen, wie auch immer gearteten,

iatrogenen Reaktionen führt ! Ich habe die Familie bzw. den zu impfenden Menschen genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipacktextes informiert. Die Zeit für die Information betrug:

Ich kann ausschließen, dass ich eine einseitige, fremdbestimmt erkaufte, vorgefasste und gesundheitsschädliche Meinung weitergebe. Ich kann reinen Gewissens den signifikanten Vorteil zum Schutz des zu impfenden Menschen und die völlige Harmlosigkeit dieser Impfung garantieren. Ich kann weiters garantieren: Mein hippokratischer Eid und der Nürnberger Kodex stehen in keinem Widerspruch zur Empfehlung bzw. Verabreichung dieser Impfung.

Ich versichere weiters, dass diese Impfung(en) ... Jahre lang gegen die entsprechende(n) Erkrankung(en) schützt.

Zum Zeitpunkt der geplanten Impfung ist der zu impfende Mensch gesund, wovon ich mich durch eine ausführlich Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass er vor der Impfung keinerlei Anzeichen eines Anfallsleidens, neurologische Störungen oder Allergien hatte und auch familiär keine neurologischen Erkrankungen bestehen.

Sollte(n) die Krankheit(en), gegen die geimpft wurde, dennoch in der Zeit nach der Impfung auftreten oder durch die Impfung andere physische wie psychische Schäden gleich oder später daraus entstehen, verpflichte ich mich freiwillig und verbindlich, ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für den gesamten Schaden und die von der Familie geforderten Kosten, samt Folgekosten wie z.B. die Begleitkosten der ärztlichen Diagnose und Behandlung, Schmerzensgeld, des Pflegeaufwandes inkl. Gehaltsentgang der Familienangehörigen und der psychischen wie physischen Therapie bzw. Unterstützung aufzukommen, einschließlich aller Kosten, die bei einer allfälligen (dauerhaften) Erwerbsunfähigkeit oder dem Tod des Geimpften entstehen können.

Als oben genannter Arzt , , übernehme ich hiermit persönlich die unbeschränkte Verantwortung und Haftung für alle durch die Impfung verursachten bzw. auftretenden Schäden und Probleme.

Ort , Datum

.....
Vorname, Familienname, Berufsbezeichnung