

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.
Thrombosen, 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 ausführliche 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
