



ERKLÄRUNG DURCH GESUNDHEITSEXPERTEN COVID-19 IMPFBEFREIUNGSFORMULAR

Ich, der unterzeichnende Gesundheitsexperte, bestätige hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die folgende Person aus medizinischen Gründen von der COVID-19 Impfung zu befreien ist, gemäß den Informationen, die ich von der Person erhalten oder selber bestimmt habe, bzw. von ihren Eltern, falls die Person unter 16 Jahren alt ist.

Daten der befreiten Person

Voller Name (Vorname Nachname):

Adresse:

Stadt: Bundesland:

PLZ: Land:

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum (dd/mm/yyyy) [falls zutreffend]:

Nationalität [falls zutreffend]:

Pass- oder Personalausweisnr. [falls zutreffend]:

Zusätzliche Informationen mit Bezug zur COVID-19 Impfbefreiung

Gemäß Rücksprache mit bzw. Untersuchung der genannten Person, habe ich empfohlen, die COVID-19 Impfung aus den folgenden Gründen zu vermeiden.

[Bitte Zutreffendes markieren]

- Diese Person hat eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit allergischen, anaphylaktischen oder ernsthaft schwächenden Reaktionen auf Nahrungsmittel, Medikamente, Impfungen oder Umweltchemikalien
- Diese Person hat eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung einer oder mehrerer Autoimmunerkrankungen
- Diese Person hat eine Vorbelastung im Bereich Verklumpungs-/Blutungsneigung, und die COVID-19 Impfung ist, meiner professionellen Meinung nach, kontraindiziert
- Diese Person hat eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit dem "chronische Müdigkeit Syndrom" (CFS), Myalgischer Enzephalomyelitis (ME) oder anderen post-viralen Zuständen
- Diese Person hat eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit einer neurologischen oder entzündlichen Erkrankung
- Diese Person hat eine medizinische oder gesundheitliche Einschränkung, für die, meiner professionellen Meinung nach, eine COVID-19 Impfung kontraindiziert ist
- Diese Person hat eine Kontraindikation bezogen auf die bisher unbekannt Langzeiteffekte der Impfungen auf die Fruchtbarkeit
- Diese Person hat oder hatte COVID-19 und hat (wahrscheinlich) natürliche Immunität entwickelt
- Diese Person nutzt evidenzbasierte Gesundheits- oder medizinische Maßnahmen, um sich und andere vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen

ERKLÄRUNG DURCH GESUNDHEITSEXPERTEN

Als der Unterzeichnende, erkläre ich hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die oben genannten Informationen der Wahrheit entsprechen. Ich habe mit der oben genannten Person Rücksprache gehalten, bzw., falls die Person unter 16 ist, stellvertretend mit einem Erziehungsberechtigten, und ich empfehle, dass diese Person von der COVID-19 Impfung befreit wird. Das ist meine professionelle Meinung, und basiert auf meinen beruflichen Praxisrichtlinien für Entscheidungsfindung und Einverständnis.

Voller Name Mediziner:

Qualifikation(en):

Beurkundungsinstitut:

Registrierungs-ID (falls zutreffend):

Unterschrift:

Datum: