



SELBSTDEKLARIERTES COVID-19 IMPFBEFREIUNGSFORMULAR

COVID-19 Impfungen, die für die Öffentlichkeit per Notfallzulassung verfügbar gemacht wurden, sind mit mittleren bis schweren unerwünschten Nebenwirkungen in Verbindung gebracht worden, bis hin zu Todesfällen in einer kleinen Untergruppe der Empfänger. Aktuell sind Langzeit-Sicherheitsdaten aus Phase 3 Studien und Post-Marketing Überwachung unzureichend, um vorhersagen zu können, welche Bevölkerungsgruppen am meisten gefährdet sind, solche Reaktionen zu zeigen. Klinische Test haben allerdings eine Reihe von Bedingungen oder medizinischen Vorgeschichten identifiziert, die mit erhöhten Risiken ernster unerwünschter Nebenwirkungen identifiziert (s. Tafel B). Personen mit solchen medizinischen Faktoren, sowie auch die, die bereits COVID-19 hatten und natürliche Immunität erlangt haben, haben berechtigte Gründe, eine Corona-Impfung nicht zuzustimmen. Solche Personen wählen vielleicht lieber alternative Herangehensweisen, um ihr Risiko zu verringern eine ernste COVID-19 Erkrankung zu entwickeln sowie die damit einhergehende Virenübertragung. Britische und internationale Gesetze verankern das Recht der Person, jegliche medizinische Behandlung oder Intervention zu verweigern, ohne deswegen bestraft oder eingeschränkt zu werden, oder geschützte Rechte und Freiheiten beschnitten zu bekommen, da dieses sonst Nötigung darstellen würde.

Tafel A

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]:

Tafel B

- Ich habe eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit allergischen, anaphylaktischen oder ernsthaft schwächenden Reaktionen auf Nahrungsmittel, Medikamente, Impfungen oder Umweltchemikalien
- Ich habe eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung einer oder mehrerer Autoimmunerkrankungen
- Ich habe eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit dem "chronische Müdigkeit Syndrom" (CFS), Myalgischer Enzephalomyelitis (ME) oder anderen post-viralen Zuständen
- Ich habe eine persönliche und/oder familiäre Vorbelastung mit einer neurologischen oder entzündlichen Erkrankung
- Ich habe Lernschwierigkeiten, eine Störung im Autismus-Spektrum, oder eine andere Entwicklungsstörung
- Ich stehe unter medizinischer Beobachtung für eine akute, ernste oder chronische Erkrankung
- Ich habe ernste Bedenken gegenüber den bislang unbekanntem Langzeiteffekten der COVID-19 Impfungen auf Fruchtbarkeit, immunologische Dysfunktionen einschließlich ADE, Autoimmunerkrankungen, Allergien oder ihr Potenzial, andere Komplikationen zu verursachen
- Ich lehne die COVID-19 Impfung ab aufgrund unzureichender Langzeit-Sicherheitsdaten, und/oder religiöser oder philosophischer Gründe
- Ich habe oder hatte COVID-19 und habe natürliche Immunität erlangt

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben in diesem Formular der Wahrheit entsprechen, nach bestem Wissen und Gewissen. Ich habe medizinische, religiöse oder philosophische Bedenken und habe deswegen der COVID-19 Impfung nicht zugestimmt.

Name (gut lesbar):

Unterschrift:

Datum: