

Als gegen Corona impfender Arzt/Ärztin gebe ich folgende Erklärung ab:
Mir ist bewusst, dass alle Impfstoffe noch keine endgültige Zulassung haben,
dass es sich um eine Studie handelt, die nicht abgeschlossen ist.

Ich wurde von der zu behandelnden/impfenden Person/Patient auf die
Nürnberger-Erklärung hingewiesen. Insbesondere auf folgende ärztliche
Standesregel: „Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist für uns Ärztinnen
und Ärzte ein unbedingt zu schützendes Gut. Deshalb dienen wir in unserer
Praxis vorbehaltlos den gesundheitlichen Interessen des einzelnen Menschen
und verteidigen diese gegen alle Ansprüche von anderer Seite. Wir unterstützen
den Patienten in seiner eigenverantwortlichen Sorge für sein gesundheitliches
Wohlergehen. Beim ärztlichen Handeln ist die Achtung der autonomen
Entscheidungen des Patienten nach seiner bestmöglichen Aufklärung für uns
Gebot. Vor fremdnütziger Forschung muß er geschützt sein.“

Der zu Impfende/Patient hat mir gegenüber erklärt, dass er sich der Impfung
nicht freiwillig, sondern nur auf Grund äußeren Drucks gegen seine freie
Entscheidung unterzieht.

Ich als Arzt/Ärztin erkläre, dass mir schwere Vorerkrankungen des Patienten
bekannt sind.

Mir ist bekannt, dass es keine Prüfung der „Impfstoffe“ auf Kanzerogenität gab.
Mir ist bekannt, dass das Medikament/der Impfstoff nicht auf
Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten untersucht wurde.

Ich garantiere, dass die zu behandelnde/impfende Person/Patient gegen keinen
der im gentechnischen Medikament/Impfstoff enthaltenen Bestandteile
allergisch ist.

Mir ist bekannt, dass mir nicht alle Bestandteile der Injektionslösung bekannt
und vertraut sind. Die im ärztlichen Beipackzettel angegebenen Risiken sind
mir bekannt.

In Kenntnis dieser Umstände werde ich den Patienten gegen seinen erklärten
Willen mit einem „Corona-Impfstoff“ behandeln. Dabei bin ich mir bewusst,
unabhängig von gesetzlichen Freistellungen, zivil- und strafrechtlich für mein
Tun allein verantwortlich zu sein.

Name und ladungsfähige Anschrift
des impfenden Arztes:

Unterschrift