

# VORGEHEN BEI IMPF-OBLIGATORIUM

Was können wir tun, wenn wir zur Corona-Impfung gezwungen werden?

**VERWEIGERT AUF KEINEN FALL DIE IMPFUNG! GANZ IM GEGENTEIL...  
...FORDERT FOLGENDE DOKUMENTE AN**

**1) Qualitätszertifikat für den Impfstoff**

**2) Angaben zum Impfstoff-Hersteller**

**3) Dokumente und Lizenzen des Impfstoff-Herstellers**

**4) Auszug aus dem einheitlichen Staats-Register des Impfstoff-Unternehmens**

**5) Unterlagen zur Zulassung und Akkreditierung des Unternehmens**

**6) gültige Firmenlizenzen**

- Impfstoff-Test-Zertifikate
- Nebenwirkungen des Impfstoffs
- Versicherungsschutz-Dokumente bei negativen Folgen und die Höhe der Entschädigungskosten

**7) Dokumente der Personen, die die Impfung verabreichen**

- Ausbildung
- Zertifizierung
- Arbeitszulassung
- COVID-19 Negativtest

**Nach der Vorlage all dieser Dokumente muss man eine Probe des Impfstoffs zur Analyse ins Labor schicken und sie untersuchen lassen.**

**Danach müsst ihr eine schriftliche Erklärung mit Unterschrift verlangen, dass ihr nach dieser Impfung keine gesundheitlichen Schäden haben werdet.  
DIES IST EINE NOTWENDIGE VORAUSSETZUNG !!!**

**BEVOR EINE IMPFUNG AN MIR DURCHGEFÜHRT WIRD, FORDERE ICH FOLGENDE  
DOKUMENTE ZUR EINSICHT AN**

- 1) Qualitätszertifikat für den Impfstoff**
- 2) Angaben zum Impfstoff-Hersteller**
- 3) Dokumente und Lizenzen des Impfstoff-Herstellers**
- 4) Auszug aus dem einheitlichen Staats-Register des Impfstoff-Unternehmens**
- 5) Unterlagen zur Zulassung und Akkreditierung des Unternehmens**
- 6) gültige Firmenlizenzen**
  - Impfstoff-Test-Zertifikate
  - Nebenwirkungen des Impfstoffs
  - Versicherungsschutz-Dokumente bei negativen Folgen und die Höhe der Entschädigungs-Kosten
- 7) Dokumente der Personen, die die Impfung verabreichen**
  - Ausbildung
  - Zertifizierung
  - Arbeitszulassung
  - COVID-19 Negativtest

**Name/Vorname FordererIn in Blockschrift**

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alle Unterlagen an folgende Adresse zuzustellen in Blockschrift**

\_\_\_\_\_

**Name/Vorname EntgegennehmerIn in Blockschrift**

**Rechtsverbindliche Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

\_\_\_\_\_

Dieses Dokument gibt es in zweifacher Ausführung

# NOTWENDIGE VORAUSSETZUNG zur Durchführung einer Impfung

**Ich, der unterzeichnende Arzt und/oder Impf-Ausführer, erkläre hiermit verbindlich, dass nachfolgend genannte Person/Mensch**

Name/Vorname Person/Mensch in Blockschrift inkl. Geburtsdatum

---

**nach dieser Impfung keinerlei gesundheitliche Schäden haben wird.**

**Ich verpflichte mich, falls durch diese Impfung betreffend Corona/COVID-19/SARS-CoV2-Virus gesundheitliche Schäden entstehen, dem Opfer und/oder dessen Familie ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts, vollumfänglich für alle Schäden und Einschränkungen, finanziell aufzukommen.**

Name/Vorname Arzt/Impfausführer in Blockschrift inkl. Geburtsdatum

---

Private Adresse Arzt/Impfausführer in Blockschrift

---

Adresse Durchführungsort in Blockschrift

---

Rechtsverbindliche Unterschrift Arzt/Impfausführer

---

Stempel

---

Ort/Datum

---

Dieses Dokument gibt es in zweifacher Ausführung