

COVID-19 Impfung



VERTRAULICH Zur Vorlage vor Gericht

Wichtige Vereinbarung zwischen Arbeitgeber, Arzt und Arbeitnehmer

ARBEITGEBER

.....
Familienname

.....
Vorname

.....
Geboren am

.....
Anschrift des Arbeitgebers

.....
Datum

(Stempel)

Der COVID-19 Impfstoff mit Notfallzulassung soll (auf ausdrücklichen Wunsch der oben genannten Person) zeitnah durch einen Arzt dem Arbeitnehmer

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Adresse:

verabreicht werden. Der freie Wille des Arbeitnehmers wird ignoriert,

Ein Schadensersatz wird zu jeweils gleichen Teilen durch den impfenden Arzt und dem oben genannten Arbeitgeber ohne vorherige Anrufung eines ordentlichen staatlichen Gerichtes fällig.

Die Kosten für die Vor- und Nachuntersuchung (Blutabnahme und Blutuntersuchung) werden vom Arbeitgeber übernommen. Die Blutuntersuchungen sind aus ärztlicher Sicht und aus möglichen haftungsrechtlichen Gründen eine **Bedingung für die Impfung.**

Erste Voruntersuchung durch das Labor:.....

Datum	Art der Untersuchung	Normwerte*	Messwerte
	D-Dimere	20 - 400 Mikrogramm pro Liter (Erw.)	
	Thrombozyten	150.000 - 400.000 pro Mikroliter Blut (Erw.)	

*Normwerte können von Labor zu Labor etwas variieren



Ärztliche Impferklärung

Ich, der Unterschrift leistende Arzt, erkläre verbindlich, dass der Impfstoff

Name des Herstellers:

als Vorbeugung gegen folgende Erkrankung(en) respektive erneute Erkrankung(en) wirkt:

.....

Der Impfstoff wird von mir injiziert und besteht aus folgenden Inhaltsstoffen und ist kein gentechnisch hergestellter Impfstoff. Der Impfstoff greift nicht in die Erbsubstanz bzw. nicht in das genetische Erbmaterial des Menschen ein. Eine Genmanipulation findet nicht statt!

Inhaltsstoffe:.....

.....

.....

Dieser Impfstoff ist frei von Verschmutzungen jeglicher Art.

Zum Zeitpunkt der Impfung ist der zu Impfende gesund und nicht erkrankt, wovon ich mich durch eine ausführliche Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass er vor der Impfung keinerlei Krämpfe oder sonstige neurologischen Störungen oder Allergien hatte. Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit des Geimpften ist und keine direkten oder indirekten Schäden oder Folgekrankheiten verursachen wird, wie beispielsweise Thrombosen, Lähmungen, Gehirnschäden, Blindheit, Tuberkulose, Krebs an der Impfstelle oder anderen Orten, Nierenschäden, Leberentzündungen, Diabetes, usw., mit oder ohne Todesfolge. Nebenwirkungen gibt es nicht. Eine Impfreaktion mit maximal 24 Stunden anhaltender Rötung / erhöhter Temperatur ist akzeptabel.

Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff Jahre lang die Krankheit(en) verhütet, gegen die er injiziert wird.

Sollte(n) die Krankheit(en), gegen die geimpft wurde, dennoch in dieser Zeit auftreten, so werde ich dafür freiwillig und ohne vorherigen gerichtlichen Prozess vollumfänglich für den entstandenen Schaden aufkommen. Wenn irgendein physischer oder psychischer Schaden durch die Impfung entsteht, verpflichte ich mich, dem Opfer oder dessen Familie oder Angehörigen ebenfalls ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines staatlichen Gerichts, vollumfänglich für den Schaden aufzukommen. Vor der Impfung wurde(n) der zu Impfende oder dessen Verantwortliche wie Eltern, Vormund, usw. genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes und unter **Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels** informiert.

Diese Impfung ist nicht kriminell. Covid-Impfstoffe haben nicht wesentlich mehr Nebenwirkungen und Todesfälle verursacht, als irgendein Impfstoff je zuvor.

Für den Fall der Fälle: der aktuelle Schadensersatz beträgt 60.000 (sechzigtausend) Feinunzen Silber je zugefügtem Schadensereignis.

1. Impfung

Datum	Impfstoff	Charge Nr.	Geimpft durch Arzt (Unterschrift)

Erste Nachuntersuchung durch das Labor:

Datum	Art der Untersuchung	Normwerte*	Messwerte
	D-Dimere	20 - 400 Mikrogramm pro Liter (Erw.)	
	Thrombozyten	150.000 - 400.000 pro Mikroliter Blut (Erw.)	

*Normwerte können von Labor zu Labor etwas variieren

Voruntersuchung vor 2. Impfung durch das Labor:

Datum	Art der Untersuchung	Normwerte*	Messwerte
	D-Dimere	20 - 400 Mikrogramm pro Liter (Erw.)	
	Thrombozyten	150.000 - 400.000 pro Mikroliter Blut (Erw.)	

*Normwerte können von Labor zu Labor etwas variieren

2. Impfung

Datum	Impfstoff	Charge Nr.	Geimpft durch Arzt (Unterschrift)

Nachuntersuchung nach 2. Impfung durch das Labor:

Datum	Art der Untersuchung	Normwerte*	Messwerte
	D-Dimere	20 - 400 Mikrogramm pro Liter (Erw.)	
	Thrombozyten	150.000 - 400.000 pro Mikroliter Blut (Erw.)	

*Normwerte können von Labor zu Labor etwas variieren

Dr. med.
 Familiennamen Vorname

.....
Anschrift

.....
Eigenhändige Unterschrift des Arztes (Stempel)

Ich habe alle 4 Seiten der Vereinbarung gelesen und verstanden da diese verbindlich sind.

ARZT

Ich lehne die Verabreichung der Impfung ab.

Ort den.....

.....
Eigenhändige Unterschrift (Stempel)

Ich habe alle 4 Seiten der Vereinbarung gelesen und verstanden da diese verbindlich sind.

ARBEITGEBER

Der Arbeitnehmer muss sich nicht impfen lassen und bleibt weiterhin unbefristet beschäftigt.

Eine Drohung mit einem empfindlichen Übel (z.B. Kündigung) findet nicht statt.

Dies wäre mindestens nach § Art.180 StGB strafbar.

Mobbing findet ebenfalls nicht statt.

Ort den

.....
Eigenhändige Unterschrift (Stempel)

Ich habe alle 4 Seiten der Vereinbarung gelesen und verstanden da diese verbindlich sind.