# Bestätigung über die ärztliche Aufklärung vor der SARS-Covid-2- Impfung

Hiermit bestätige ich, dass ich heute die zu impfende Person

_____, _____, geb._____

umfassend über die SARS-Covid-2- Impfung mit dem Impfstoff _____ aufgeklärt habe. Die Aufklärung umfasste Information über

- den Erreger, dessen Gefährlichkeit (bzw. Harmlosigkeit für die meisten, besonders jüngere und zuvor gesunde Menschen), die saisonale Verbreitung, den Übertragungsweg, die zu erwartenden Symptome und ggf. Komplikationen, die Sterberate verglichen mit anderen Infektionskrankheiten (Grippe, Lungenentzündung)
- den zu erwartenden Nutzen der Impfung. Insbesondere habe ich darauf hingewiesen, dass der Impfstoff nur über wenige Monate getestet wurde und deshalb ein Schutz vor der Erkrankung nicht gemessen wurde. Es wurde ersatzweise lediglich das Auftreten von Antikörpern gemessen. Auch ist die Langzeitwirkung nicht bekannt und eher fraglich. Auch können Geimpfte weiterhin Überträger des Virus sein.
- die zu erwartenden Nebenwirkungen, Risiken und Gefahren der Impfung. Trotz der extrem kurzen Zulassungs- und Testphase zeichnen sich jetzt schon u.a. folgende, nicht banale Nebenwirkungen ab: Gerinnselbildung, Unfruchtbarkeit von Frauen, Veränderung der Keimbahn durch Eindringen fremder DNA oder RNA in den Genpool der Keimzellen, außerdem wie bei anderen Impfungen auch: Überstimulation des Immunsystems mit der Folge von allergischen Krankheiten (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis, Nahrungsallergien usw.), Autoimmunkrankheiten (z.B. multiple Sklerose, Kollagenosen, Diabetes), neurologische Krankheiten (z.B. Autismus, Narkolepsie, Parkinsonkrankheit). Aufgrund der extrem kurzen Test- und Zulassungsphase kann für keines der genannten Risiken eine Häufigkeit angegeben werden.

Ich bestätige weiterhin, dass ich die zu impfende Person ausführlich zu Risiken und Vorerkrankungen befragt und ggf. untersucht habe.

Dauer des Aufklärungsgesprächs: ca._____min.
Als Ergebnis dieses Aufklärungsgesprächs empfehle ich die Impfung ausdrücklich.

_____, _____
Ort Datum

_____, _____ _____
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) Unterschrift

Erstellt von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft
für unabhängige Impfaufklärung www.dagia.org