

Fragebogen Pro Impfentscheid für Ärzte und Spitäler

Sehr geehrter Herr Doktor, sehr geehrte Frau Doktor

Vielen Dank für Ihre Impfempfehlung. Damit ich eine Entscheidungsgrundlage erhalte über die Risiken und allfällige Verantwortlichkeiten der Impffolgen, möchte ich Sie bitten, folgende Fragen schriftlich zu beantworten und mir dieses Formular unterschrieben zurück zu geben. Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Geplante Impfung: _____

Hersteller des Impfstoffes: _____

Patient: _____

1. Bitte nennen Sie zwei unabhängige Studien (nicht vom Hersteller des Vakzins finanzierte) welche belegen, dass die Wirksamkeit der Impfung nicht nur über den Immunglobulin Nachweis erfolgte, sondern folgende Datenerhebung stattgefunden hat:

A): Nachweis, dass geimpfte Personen nicht an der geimpften Krankheit erkranken.

B): Falls es zu einer Erkrankung gekommen ist, dass diese deutlich milder und ohne Komplikationen verlaufen ist – statistisch signifikant gegenüber der nichtgeimpften Kontrollgruppe.

C): Offenlegung der Zahlen hinsichtlich: Mortalität, unerwünschten Ereignissen, Komplikationen, Zahl der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten und bleibenden Schäden bei beiden Gruppen.

Studie: _____

Autor: _____

Sponsor: _____

Studie: _____

Autor: _____

Sponsor: _____

2. Wie viele Stunden fachspezifische Ausbildung und Schulung haben Sie zur Diagnostik und Erkennung von Impfschäden in den letzten drei Jahren absolviert? Stunden: _____
3. Welche Therapien stehen Ihnen für die Behandlung von Impfschäden zur Verfügung?

4. Sie erklären sich damit einverstanden, dass der Nachweis, dass ein Impfschaden entstanden ist, nicht von mir erbracht werden muss, sondern dass Sie den Nachweis erbringen müssen, dass etwaige Erkrankungen, die innert 2 Monaten nach der Impfung auftreten, nicht mit der Impfung in Zusammenhang stehen.
5. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Sie für einen etwaigen Impfschaden die Verantwortung übernehmen und für sämtliche Folgekosten vollumfänglich haften.

Ort, Datum: _____

Praxisstempel

Unterschrift Arzt: _____