



# The World Foundation for Natural Science® The New World Franciscan Scientific Endeavour of The New World Church

*Restoring and Healing the World through Responsibility and Commitment in accord with Natural and Divine Law!*



## Allgemeine **Erklärung über Bioethik und Menschenrechte** der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO), Artikel 6:

Jede präventive, diagnostische und therapeutische medizinische Intervention hat nur mit vorheriger, freier und nach Aufklärung erteilter Einwilligung der betroffenen Person auf der Grundlage angemessener Informationen zu erfolgen. Die Einwilligung soll, wenn es sachgerecht ist, ausdrücklich erfolgen und kann durch die betroffene Person jederzeit und aus jedem Grund widerrufen werden, ohne dass die betroffene Person einen Nachteil oder Schaden erleiden darf.

## **Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft**

### **Präambel:**

Im Namen Gottes des Allmächtigen!

Das Schweizervolk und die Kantone, in der Verantwortung gegenüber der Schöpfung, im Bestreben, den Bund zu erneuern, um Freiheit und Demokratie, Unabhängigkeit und Frieden in Solidarität und Offenheit gegenüber der Welt zu stärken, im Willen, in gegenseitiger Rücksichtnahme und Achtung ihre Vielfalt in der Einheit zu leben, im Bewusstsein der gemeinsamen Errungenschaften und der Verantwortung gegenüber den künftigen Generationen, gewiss, dass frei nur ist, wer seine Freiheit gebraucht, und dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen, geben sich folgende Verfassung:

### **Art. 10:**

2 Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.

### **Art. 11:**

1 Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung.

### **Art. 35**

1 Die Grundrechte müssen in der ganzen Rechtsordnung zur Geltung kommen.

# Weltärztebund – DEKLARATION VON GENÈVE

„Der neue hippokratische Eid“ (Oktober 2017)

## Das ärztliche Gelöbnis

### ALS MITGLIED DER ÄRZTLICHEN PROFESSION

GELOBE ICH FEIERLICH, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

DIE GESUNDHEIT UND DAS WOHLERGEHEN MEINER PATIENTIN ODER MEINES PATIENTEN werden mein oberstes Anliegen sein.

ICH WERDE die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten RESPEKTIEREN.

ICH WERDE den höchsten Respekt vor menschlichem Leben WAHREN.

ICH WERDE NICHT ZULASSEN, dass Erwägung von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

ICH WERDE die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus WAHREN.

ICH WERDE meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis AUSÜBEN.

ICH WERDE die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes FÖRDERN.

ICH WERDE meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit ERWEISEN.

ICH WERDE mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung TEILEN.

ICH WERDE auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten ACHTEN, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

ICH WERDE, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen NICHT zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten ANWENDEN.

ICH GELOBE DIES FEIERLICH, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Falls Sie unter Androhung von Bewegungsfreiheits- oder Zugangsbeschränkungen und/oder unter Berufung auf ein ausgerufenes „Impfobligatorium“ dazu angehalten werden, sich impfen zu lassen, sollten Sie der impfenden Person zuerst einige wichtige Fragen stellen und diese im Detail beantworten lassen, bevor Sie Ihre Einwilligung zur Impfung geben.

## Fragen an die impfende Person

Die für die Impfung verantwortliche Person muss Ihnen folgende Fragen schlüssig beantworten können:

1. Wie gefährlich ist die Krankheit, gegen die mir/meinem Kind ein Impfstoff angeboten wird? Ist sie **lebensbedrohlich oder degenerativ**? Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich oder mein Kind daran erkranken und welche kurz- und langfristigen gesundheitliche Probleme können aus einer solchen Erkrankung entstehen?
2. Wie hoch ist die **Wirksamkeit** des Impfstoffes?
3. Wie **gefährlich** ist der Impfstoff? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit für **Nebenwirkungen** (inkl. das Risiko, daran zu sterben oder anhaltende Behinderungen)? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit für mich/mein Kind, durch die Impfung mit der Krankheit, gegen die geimpft wird, infiziert zu werden?
4. Welche **Nebenwirkungen** sind im Detail mit dem Impfstoff verbunden?
5. Welchen Patienten sollte der Impfstoff aufgrund von **Vorerkrankungen** und gesundheitlichen Schwächen (Kontraindikationen) nicht verabreicht werden (z. B. stellen Asthma, Ekzeme oder entzündliche Darmerkrankungen **Kontraindikationen** dar, bei denen ein viel größeres Risiko besteht, dass der Impfstoff bei geimpften Personen jeden Alters Nebenwirkungen hervorruft)?
6. Erfreuen sich geimpfte Erwachsene oder Kinder gegenüber ungeimpften eines **stärkeren Immunsystems** und sind dementsprechend im Allgemeinen weniger krank?
7. Seit Jahrzehnten wird weltweit geimpft. Gibt es **Vergleichsstudien** zur Gesundheit von vollständig Geimpften und Ungeimpften, die einen langfristigen gesundheitlichen Vorteil des Impfens dokumentieren? Wenn ja, würden Sie mir diese Studien bitte zeigen?
8. Ist es vertretbar und notwendig, bei einem **gesunden Kind einen medizinischen Eingriff** (auch Impfungen) vorzunehmen?
9. Aus welchen Gründen dürfen z. B. **immungeschwächte Kinder** nicht geimpft werden? Kann eine Impfung eine negative Wirkung auf das Immunsystem eines Kindes haben?
10. Wenn man von Impfungen als **Prophylaxe** spricht, stellt sich die Frage, ob Impfungen dies tatsächlich leisten können. Sind sie **WIRKSAM** (tatsächlicher Schutz?), **SICHER** (Wirkung der toxischen Inhaltstoffe?) und medizinisch **NOTWENDIG** (Schwere der Erkrankungen, Alternativen?)
11. Warum werden Impfungen in den Muskel appliziert, wenn man dadurch die körpereigenen Immunsystembarrieren (Haut, Schleimhaut, Lymphsystem) umgeht?
12. Lassen Sie uns gemeinsam den **Beipackzettel** des Impfstoffes durchsehen. Bitte geben Sie mir den Beipackzettel zur Einsicht mit nach Hause (**Bedenkzeit**), wie das auch bei anderen Medikamenten möglich ist.
13. Welche **Gremien** untersuchen und bewerten mögliche **Impfreaktionen** und in welcher Beziehung genau stehen diese Gremien zu den Impfstoffherstellern?
14. Nach welchen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen wird im Einzelfall beurteilt, ob und wie nach einer Impfung **aufretende Symptome** mit der Verabreichung des Impfstoffes in Verbindung stehen?
15. Aufgrund welcher wissenschaftlichen Daten ist es verantwortbar, dass gesunde Menschen mit den bekannten **Toxinen in Impfungen** (z. B. Aluminium, Formaldehyd, Rückstände von Quecksilber, Nanopartikel, gentechnisch veränderte Zellen, Ethanol, Azeton, Phenol, Polysorbat 80, Antibiotika, Zellen von abgetriebenen Föten, Fremdeiweiß, Adjuvantien usw.) kontaminiert werden? Welche **Wirkungen** haben diese toxischen Stoffe auf meine Gesundheit/die Gesundheit meines Kindes?
16. Wer trägt die **Verantwortung** für durch Impfstoffe verursachte Nebenwirkungen? Und wer kommt finanziell für entstehende **Folgeschäden** auf?
17. **Können Sie garantieren**, dass der Impfstoff mich/mein Kind vor der Erkrankung, gegen die geimpft wird, schützt? Wenn nicht, welchen Nutzen hat der Impfstoff dann?
18. **Können Sie garantieren**, dass dieser Impfstoff mir/meinem Kind nicht schaden wird? Wenn nicht, mit welchen Nebenwirkungen ist zu rechnen und wie schwerwiegend sind diese **kurz- und langfristig**?
19. Übernehmen Sie die volle **Verantwortung** für alle durch diesen Impfstoff verursachten Nebenwirkungen?

## Ärztliche Impfbescheinigung

Ich, der unterzeichnende Arzt/die unterzeichnende Ärztin, erkläre verbindlich, dass der Impfstoff \_\_\_\_\_ (genauer Name des Impfstoffes und des Herstellers, insbesondere Chargen-Nummer) zur Vorbeugung (Prophylaxe) gegen folgende Erkrankung(en) gegeben wird (bei Mehrfachimpfstoffen alle vermerken):

Ich erkläre hiermit, dass dieser Impfstoff wissenschaftlich umfassend geprüft, sicher, wirksam und frei von Verschmutzungen jeglicher Art ist, und damit ohne weitere Bedenken an die unten genannte Person verabreicht werden kann.

Diesen Impfstoff verabreichte ich heute an:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, PLZ

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Zum Zeitpunkt der Impfung war die zu impfende Person vollständig gesund, wovon ich mich durch eine ausführliche Untersuchung überzeugt habe. Ich versichere, dass sie vor der Impfung keinerlei Krämpfe, neurologischen Störungen, Allergien oder Unverträglichkeiten hatte.

Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff völlig ungefährlich für das Leben und die Gesundheit der geimpften Person ist und keine direkten oder indirekten Schäden, Folgekrankheiten oder sogar den Tod verursachen wird.

Ich versichere weiter, dass der verabreichte Impfstoff mindestens \_\_\_\_\_ Jahre lang vor der Krankheit schützt, gegen die er gegeben wird. Sollte die Krankheit, 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 heute verabreichte Impfung entsteht, verpflichte ich mich dem Impfgeschädigten oder dessen Familie oder Angehörigen gegenüber, ohne jegliche Verzögerung oder Anrufung eines Gerichts vollumfänglich für den Schaden aufzukommen.

Vor der Impfung wurden der zu Impfende oder dessen Verantwortliche wie Eltern/Vormund genauestens über die Zusammensetzung des Impfstoffes, alle möglichen Nebenwirkungen und unter Aushändigung des zum Impfstoff gehörenden Beipackzettels informiert.

Ort: \_\_\_\_\_ den, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und rechtsverbindliche Unterschrift des Arztes