

Impferklärung



Generelle Ablehnung von: Schutzimpfungen und mRNA-basierten Arzneimitteln

von

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße

.....
Haus-Nr.

.....
PLZ

.....
Wohnort

.....
Telefon

Diese Erklärung gilt generell und ergänzt meine bestehende Patientenverfügung für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht einwilligungsfähig bin – insbesondere während einer Narkose, Sedierung oder in einer Notfallsituation – erkläre ich hiermit ausdrücklich:

1. Ablehnung von Schutzimpfungen

Ich lehne die Verabreichung von Schutzimpfungen jeglicher Art ab, sofern diese nicht zuvor ausdrücklich mit mir persönlich abgestimmt wurden. Diese Ablehnung gilt auch im Rahmen stationärer Behandlungen oder operativer Eingriffe.

2. Ablehnung von mRNA-basierten Arzneimitteln

Ich lehne die Verabreichung von Arzneimitteln ab, die auf Messenger-RNA (mRNA) oder vergleichbaren genetischen Wirkmechanismen basieren, die eine körpereigene Produktion bestimmter Proteine auslösen sollen, oder die auf vergleichbaren neuartigen gentherapeutischen Plattformtechnologien beruhen. Diese Ablehnung gilt unabhängig von der Bezeichnung des Arzneimittels (z. B. als Impfstoff, Biologikum oder sonstige Arzneimittelkategorie).

3. Klarstellung zur Auslegung

Diese Erklärung bezieht sich ausschließlich auf die oben konkret benannten Maßnahmen. Sie stellt keine generelle Ablehnung medizinischer Behandlung oder notwendiger Notfallversorgung dar.

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Um ganz sicher zu sein, brauchen Sie diese Karte!

- Kontaktperson wird sofort angerufen.
- Ihre Patientenverfügung etc. ist sofort abrufbar.
- 3 Notfalleinweisungen für das behandelnde Team.
- Ohne Notar gültig.



Einmalig 44,- € (keine Folgekosten!)
(inkl. MwSt. und Versand)

Einfach online bestellen oder das Bestellformular auf der Rückseite
nutzen und Ihre Unterlagen gleich mitsenden.



<https://patientenverfuegung-ausweis.de>
<https://patientenverfuegung-karte.de>

Bestellung Patientenverfügung auf Karte



zwischen

R&R Vivendi GbR
Ochtruper Str. 34 A
48455 Bad Bentheim

und

Vorname /-n: _____

Nachname: _____

Straße +Haus-Nr. _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb.Datum: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich einen Patientenverfügungs-Ausweis auf Scheckkarte zum **Preis** von **einmalig 44,00 €**. (inkl. MwSt. und Versand).

Name der Kontaktperson: _____

Telefon-Nr. Kontaktperson: _____

Zeile 1 Rückseite: _____

Zeile 2 Rückseite: _____

Zeile 3 Rückseite: _____

Meine Unterlagen füge ich dieser Bestellung bei.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung.

Link zu unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen: [hier klicken](#)

Link zur Datenschutzerklärung: [hier klicken](#)

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift