**Uwaga dla rodziców: Przed skorzystaniem z tego dokumentu zapoznaj się z naszym wyłączeniem odpowiedzialności http://vaclib.org/legal/accept.htm**

**Następnie usuń tę linię i linię powyżej przed drukowaniem.**

******

Do: **(Imię i nazwisko lekarza lub pracownika służby zdrowia)**

**(Twój pracodawca lub agencja rządowaNazwa)**

Re: Osobiste oświadczenie i gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki

Drogi Odpowiedzialny Lekarzu lub innym Wyznaczonym Pracowniku Służby Zdrowia,  
  
Jeśli będziesz mi dzisiaj podawać szczepienie, poproszę o wypełnienie poniższego formularza. Dziękuję.

**Zaświadczenie i gwarancja lekarza lub pracownika służby zdrowia Skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek**  
  
Ja, (nazwisko lekarza lub pracownika służby zdrowia, stopień)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jestem (lekarz/służba zdrowia) profesjonalistą uprawnionym do wykonywania zawodu lekarza w stanie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Mój stanowy numer licencji to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a mój numer DEA to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Moja specjalizacja medyczna to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Niniejszym oświadczam, że doradziłem mojemu pacjentowi (Twoje imię i nazwisko), że w mojej profesjonalnej opinii ten pacjent powinien otrzymać szczepionkę(i), lek(i) lub inne (nazwa szczepionki(ych)/leku(ów)/ inne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nazwa producenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numer seryjny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

numer serii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data ważności\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
  
W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_ (miesiąc), AD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (rok), podałem to szczepienie/lek/lek PO POWIEDZENIU wyżej wymienionemu pacjentowi, że nie ma żadnego ryzyka związanego z tym szczepieniem, lekiem, terapią farmakologiczną lub leczeniem dla dobrego zdrowia moim pacjentem. W związku z tym, ponieważ wszelkie potencjalnie negatywne lub niepożądane skutki szczepionki (szczepionek) najwyraźniej (i sprzecznie) nie podlegają już ubezpieczeniu jako zbyt wysokie ryzyko, niniejszym zgadzam się bez zastrzeżeń, że jeśli u tego pacjenta w jakimkolwiek momencie wystąpią jakiekolwiek trwałego stanu szkodliwego lub szkodliwego dla zdrowia mojego pacjenta w wyniku tego leczenia, osobiście pokryję wszelkie koszty związane z opieką i leczeniem niezbędnym dla tego pacjenta do końca (jego) naturalnego życia. Ponadto zgadzam się, że jeśli moje zarobki będą niewystarczające do pokrycia tych kosztów, sprzedam mój dom, moją firmę i cały mój majątek materialny i przeznaczę te dochody na pokrycie wydatków związanych z pacjentem. Ponadto, jako w pełni upoważniony, wyznaczony i obecnie zatrudniony przedstawiciel (Nazwa Twojego pracodawcy lub Agencja rządowa) i działający w tym charakterze pod osobistą karą za składanie fałszywych zeznań, któremu przyznano pełne i bezwarunkowe upoważnienie do zawarcia umowy (Nazwa Twojego pracodawcy lub Rząd agencji), przy pełnej akceptacji odpowiedzialności handlowej, niniejszym zobowiązuję się do odpowiedzialności prawnej (nazwa pracodawcy lub agencja rządowa) za opiekę medyczną i prywatną pacjenta przez całe życie, jak również wszelkie trudności finansowe poniesione przez pacjenta w wyniku wspomnianej szkodliwe lub szkodliwe działanie wspomnianej szczepionki (szczepionek),

Strona 1 z 4 Inicjały odpowiedzialnego lekarza lub wyznaczonego pracownika służby zdrowia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że dokładnie rozumiem ryzyko i korzyści związane ze wszystkimi lekami, które przepisuję lub podaję moim pacjentom. W przypadku (Twoje imię i nazwisko; wiek (??)), którego zbadałem, stwierdzam, że istnieją pewne czynniki ryzyka, które uzasadniają zalecane szczepienie.  
  
Poniżej znajduje się lista wspomnianych czynników ryzyka, przed którymi szczepienie bez wątpienia ochroni mojego pacjenta:

**Czynniki ryzyka)** **Szczepienia:**  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Jestem świadomy, że szczepionki zazwyczaj zawierają wiele lub wszystkie z następujących substancji:  
  
wodorotlenek glinu, ludzkie komórki diploidalne,

hydrolizowana żelatyna, (pochodzące z aborted

fosforan glinu, tkanki płodu ludzkiego),

siarczan amonu, skwalen (z wątroby rekina),

amfoterycyna B, lateks,

tkanki zwierzęce, hydrolizowana żelatyna,

krew świni, rtęć (tiomersal),

krew konia, glutaminian sodu (MSG),

mózg królika, neomycyna, siarczan neomycyny,

nerka psa, wskaźnik czerwieni fenolowej,

nerka małpy, fenoksyetanol (płyn niezamarzający),

zarodek kurzy, difosforan potasu,

kurze jajo, monofosforan potasute,

kacze jajko, polimyksyna B, polisorbat 20,

surowica cielęca (bydlęca), polisorbat 80,

betapropiolakton, świńska (świńska) trzustka,

płodowa surowica bydlęca, hydrolizat kazeiny,

formaldehyd, resztkowe białka MRC5,

formalina, żelatyna, sorybitol, sacharoza,

glicerol, fosforan tri(n)butylu,

ogniwa VERO, owcza krew.

(nerka małpy)

retrowirusy i/lub rakotwórcze lub inne formy zakaźne czynniki mykoplazmatyczne

Strona 2 z 4 Inicjały odpowiedzialnego lekarza lub wyznaczonego pracownika służby zdrowia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

że te składniki mogą nie być nawet wymagane, aby były wymienione na ulotce dołączonej do opakowania, co czyni medycznie obiektywną ocenę ryzyka i korzyści w imieniu mojego pacjenta jako naukowo niemożliwą, jak również moją całkowitą nieznajomość historii medycznej mojego pacjenta lub wyjątkową i niesprawdzoną fizjologią, niemniej jednak potwierdzam i gwarantuję, że te składniki są skuteczne i bezpieczne do wstrzyknięcia lub inhalacji do organizmu mojego pacjenta. Raporty przeciwne, takie jak raporty, że tiomersal rtęci powoduje poważne uszkodzenia neurologiczne i immunologiczne, nie są wiarygodne. Niemniej jednak potwierdzam i gwarantuję, że te składniki są skuteczne i bezpieczne do wstrzyknięcia lub inhalacji do organizmu mojego pacjenta. Raporty przeciwne, takie jak raporty, że tiomersal rtęci powoduje poważne uszkodzenia neurologiczne i immunologiczne, nie są wiarygodne. Niemniej jednak potwierdzam i gwarantuję, że te składniki są skuteczne i bezpieczne do wstrzyknięcia lub inhalacji do organizmu mojego pacjenta. Raporty przeciwne, takie jak raporty, że tiomersal rtęci powoduje poważne uszkodzenia neurologiczne i immunologiczne, nie są wiarygodne.

Jestem świadomy, że niektóre szczepionki zostały skażone małpim wirusem 40 (SV-40) i że SV-40 jest powiązany przyczynowo przez niektórych badaczy z chłoniakiem nieziarniczym i międzybłoniakiem u ludzi, jak również u zwierząt doświadczalnych . Niniejszym daję osobiste zapewnienie, że szczepionki, które stosuję w mojej praktyce, nie zawierają SV 40 ani żadnych innych czynników zakaźnych, a zatem nie stanowią żadnego zagrożenia dla zdrowia moich pacjentów.  
  
Ponadto niniejszym oświadczam i gwarantuję, że szczepionki, które zalecam do leczenia (Twoje imię i nazwisko) nie zawierają żadnych komórek pochodzących od abortowanych dzieci ludzkich (znanych również jako „płody”).

Aby chronić dobro mojego pacjenta, podjąłem następujące kroki, aby zagwarantować, że szczepionka(i), której będę używać, nie będzie zawierała szkodliwych zanieczyszczeń. Podjęte kroki są następujące:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Osobiście zbadałem zgłoszenia do VAERS (system zgłaszania zdarzeń niepożądanych szczepionek) i oświadczam, że zgodnie z moją profesjonalną opinią szczepionka(y), którą(e) zalecam, są zarówno skuteczne, jak i bezpieczne do podania temu pacjentowi, niezależnie od doniesień o działaniach niepożądanych.

Zostałem teraz poinformowany o obu filmach od Siostry Teresy Forcades, MD; PHD - „Bicie dzwonów na świńską grypę” pod adresem:[www.youtube.com/watch?v=61ySNSQTR-Q&feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=61ySNSQTR-Q&feature=related), a także następujący cytat dr Anthony'ego Morrisa, wybitnego wirusologa i byłego dyrektora ds. szczepionek w Amerykańskiej Agencji ds. zapobiegania lub łagodzenia jakiegokolwiek ataku grypy” oraz że „Producenci tych szczepionek wiedzą, że są one bezwartościowe, ale i tak je sprzedają” i niniejszym potwierdzają, że twierdzenia obu lekarzy (jak również wielu innych) dotyczące szczepionek pozorny brak bezpieczeństwa i skuteczności są całkowicie fałszywe i bezpodstawne.  
  
Podstawę mojej opinii stanowi Załącznik A, załączony do niniejszego dokumentu, „Podstawa lekarza lub pracownika służby zdrowia do opinii zawodowej na temat skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki”. (Proszę wyszczególnić każdą zalecaną szczepionkę oddzielnie wraz z podstawą do wyciągnięcia wniosku, że przepisana szczepionka(y) jest zarówno skuteczna, jak i bezpieczna do podania temu pacjentowi).  
  
Artykuły z czasopism branżowych, na których polegałem przy wydawaniu tej gwarancji skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki dla lekarzy lub pracowników służby zdrowia, są wyszczególnione w Załączniku B, załączonym do niniejszego dokumentu, „Artykuły naukowe wspierające gwarancję skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek dla lekarzy lub pracowników służby zdrowia. " Artykuły z czasopism branżowych, które przeczytałem, a które zawierają opinie sprzeczne z moimi, są wyszczególnione na Dowodzie C,

Strona 3 z 4 Inicjały odpowiedzialnego lekarza lub wyznaczonego pracownika służby zdrowia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dołączone do niniejszego dokumentu, „Artykuły naukowe sprzeczne z opinią lekarza lub pracownika służby zdrowia na temat skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek”. Powody, dla których stwierdziłem, że artykuły w Załączniku C są nieważne, zostały przedstawione w

Załącznik D , załączony do niniejszego dokumentu, „Przewody lekarza lub pracownika służby zdrowia przemawiające za stwierdzeniem nieważności negatywnej opinii naukowej”. Dlatego oświadczam i gwarantuję (i pomimo przytłaczającej liczby dowodów, że jest inaczej), że szczepionki, które przepisuję mojemu pacjentowi, zostały niniejszym ponad wszelką wątpliwość udowodnione, że są bezpieczne i skuteczne w przypadku schorzenia, na które wymienione szczepionki są tutaj podawane.

Niezależnie od podmiotu prawnego, pod którym zwykle praktykuję medycynę, składam niniejsze oświadczenie zarówno w ramach mojej działalności zawodowej lub w ramach działalności rządowej, jak i jako osoba prywatna, niniejszym zrzekając się wszelkich przepisów prawa ustawowego, powszechnego, kapitałowego, UCC, prawa morskiego/admiralicji lub konstytucyjnego, prawa międzynarodowego traktatu ani żadnych innych immunitetów prawnych od pozwów o odpowiedzialność w niniejszej sprawie.

Niniejszy dokument wystawiam z własnej woli po konsultacji z właściwym radcą prawnym p

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adwokatem przyjętym do palestry w stanie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a także

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, przełożony, kierownik działu, prezes, dyrektor generalny lub właściciel firmy

(zakreśl 1 lub więcej tytułów) z (**Twój pracodawca lub agencja rządowa).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Podpis pełnomocnika. Podpisy: przełożonego, kierownika działu, prezesa, CEO lub właściciel firmy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Wydrukowane imię i nazwisko odpowiedzialnego lekarza lub wyznaczonego pracownika służby zdrowia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Podpis odpowiedzialnego lekarza lub wyznaczonego pracownika służby zdrowia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Wydrukowane nazwisko świadka Podpis świadka

Zarejestrowany i zaprzysiężony przede Mną w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Notariusz:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Hrabstwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Stan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Moja prowizja wygasa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Strona 4 z 4 Inicjały odpowiedzialnegoLekarz lub wyznaczony pracownik służby zdrowia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[https://www.constitutionallawgroup.us](https://www.constitutionallawgroup.us/)