

**Denna garanti och detta dokument är en PRIVAT överenskommelse mellan levande människor, och står utom alla fiktiva konstruktioner såsom de Juridiska Personerna "Sverige" eller "Den Europeiska Unionen" och de interna lagar som dessa enheter har och som inom dem möjligen skulle erbjuda immunitet till en läkare som orsaker en patient skada.**

**Detta dokument gäller i den påtagliga fysiska verkligheten som en garanti från en levande människa till en annan.**

Namn på läkare, sjukvårdspersonal eller annan person som hävdar att vaccinering av (namn patient):

\_\_\_\_\_ är nödvändig:

\_\_\_\_\_

Läkares/sjukvårdspersonals utbildning/kvalifikationer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kopia av Foto ID, körkort eller pass vidhäftat\_\_\_\_\_.

Observera, Personnummer och ID krävs endast för fastställande av identitet och betyder inte att detta dokument, i och med att de ber om kopior av dessa saker, nu faller inom jurisdiktionen av de fiktiva enheterna "Person," "Sverige" eller "Europeiska Unionen".

Bostadsadress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befattning: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Arbetsgivar/uppdragsgivare: \_\_\_\_\_

Yrkesförsäkring: \_\_\_\_\_

Nummer på Läkarlicens, eller annan tillämplig  
licens: \_\_\_\_\_

Jag har en grundlig förståelse av riskerna och fördelarna med all medicin som jag ger ut  
recept på eller administrerar till mina patienter. När det gäller (Patientens  
namn): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, ålder: \_\_\_\_\_, som jag undersökt, så finner jag att vissa riskfaktorer existerar  
som föranleder vaccinering. De följande är en lista av dessa riskfaktorer och den  
vaccinering som kommer att skydda emot dem:

Risk faktor: \_\_\_\_\_

Vaccination: \_\_\_\_\_

Riskfaktor: \_\_\_\_\_

Vaccination: \_\_\_\_\_

Riskfaktor: \_\_\_\_\_

Vaccination: \_\_\_\_\_

Riskfaktor: \_\_\_\_\_

Vaccination: \_\_\_\_\_

Jag är medveten om att vaccin i många fall innehåller följande ingredienser:

- Aluminiumhydroxid
- Aluminiumfosfat
- Ammoniaksulfat
- Amfotericin B
- Celler, vävnad och serum från olika djur och abortfoster
- Betaprotiolakton

Formaldehyd  
Formalin  
Gelatin  
Glycerol  
Celler från abortfoster  
Kvicksilver thimerosal  
Glutamat  
Neomycin  
Neomycinsulfat  
Fenol  
Fenoxietanol  
Kaliumdifosfat  
Kaliummonofosfat  
Polymyxin B  
Polysorbat 20  
Polysorbat 80  
Sorbitol

och intygar härmed att dessa ingredienser kan injiceras utan risk i min patients kropp. Jag har undersökt rapporter som hävdar motsatsen, som till exempel att kvicksilver thimerosal orsakar allvarliga neurologiska och immunologiska skador, och har funnit att de inte är trovärdiga.

Jag är medveten om att vissa vaccin har funnits vara infekterade med Simina Virus 40 (SV 40) och att SV 40 har av viss forskare länkats till "icke-Hodkins lymfom (eng. non-Hodkins lymphoma) samt Mesoteliom i människor såväl som försöksdjur. Jag intygar härmed att de vaccin jag använder inte innehåller SV 40 virus eller andra levande virus, eller alternativt, att detta SV 40 virus eller andra virus i vaccinet inte utgör någon risk för min patient.

För att skydda min patients hälsa, har jag tagit de följande stegen för att garantera att vacciner som jag använder inte kommer att innehålla några skadliga föroreningar eller ämnen.

Åtgärder

tagna: \_\_\_\_\_

---

---

---

Jag har personligen undersökt rapporterna som utgivits av VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) och hävdar att i min professionella bedömning, så är de vaccin jag rekommenderar ofarliga att ge till ett barn under 5 år.

Grunden till min åsikt därom har tydligt angivits i bilaga A som är vidhäftad till detta formulär. Där anges varje vaccin som föreslås samt anledningen till att jag anser dem lämpliga och oskadliga för barn under 5 år.

De professionella artiklar jag grundat mina beslut att de vaccin jag föreslår är ofarliga, har vidhäftats i bilaga B, till detta formulär.

De professionella artiklar jag läst som innehåller åsikter som går emot mina egna, har vidhäftats till detta formulär i bilaga C.

De skäl jag anger som grund till att artiklarna i Bilaga C är ogiltiga, har utförligt angivits i bilaga D.

Jag har grundligt undersökt både argument för och emot vaccinering och kommit till slutsatsen att min patient är i en bättre position för att leva ett normalt hälsosamt liv utan negativa bi-effekter från vaccinering om (namn patient):

\_\_\_\_\_ vaccineras med de vaccin jag föreslår.

För att ge vikt åt denna min slutsats och för att ta fullt ansvar för min patients välmående och framtid, så lovar jag härmed att ta fullt personligt ansvar (oavsett de försäkringar som eventuellt gäller och eventuellt kommer att helt eller delvis ersätta min patient för skador och lidande eller patientens släktingar i fall av dödsfall. Jag är så övertygad om att mitt beslut är rätt och ofarligt att jag sätter allt i min ägo som pant för denna åsikt och ifall min patient skulle lida tillfälliga eller permanenta skador och försäkringar som täcker mitt professionella agerande inte helt och fullt kompenserar för detta, så kommer all egendom jag besitter eller äger delvis, tillsammans med andra, att gälla som tillgängliga medel för att kompensera min patient eller dess målsmän i fall av minderåriga. Detta gäller även tillgångar utanför Sveriges gränser eller jurisdiktion. Om jag inte vill underteckna detta, så medger jag därmed att jag inte har rätt att insistera på att min patient vaccineras, eller att tvinga min patient att vaccineras.

Underskrift av ovan namngiven läkare eller sjukvårdspersonal:

---

Intygat datum: \_\_\_\_\_

Bevittnat av dessa två vittnen:

Vittne ett:

Namn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

---

Vittne två:

Namn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

---

Alternativ 2:

Jag avböjer att ta ansvar för mitt råd att vaccinera och att garantera att detta beslut är korrekt genom att personligen stå som borgenär för eventuella skador som denna vaccinering skulle kunna orsaka, eller i de fall då framtida forskning och rättsfall påvisar att ett visst vaccin är eller kan vara skadligt.

Då jag inte kan garantera att mitt råd inte kommer att skada min patients hälsa i den nära eller en avlägsen framtid, så tar jag tillbaka mitt råd/beslut/anmodan att (patients namn):

\_\_\_\_\_ vaccineras med (vaccin):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Namn, Läkare/Sjukvårdspersonal: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_