

**Sie möchten eine Nebenwirkung im Zusammenhang
mit einem COVID-19-Impfstoff melden?**



Füllen Sie dazu bitte das Meldeformular im
links stehenden QR-Code aus und senden es ab.



Therapeutennetzwerk LK SSOE
Postfach 17 01 23
01241 Dresden

Oder wenden Sie sich an Ihren Hausarzt.



Therapeutennetzwerk
Landkreis Sächsische Schweiz-
Osterzgebirge
Bitte
frankieren
(85 Cent)

Wir brauchen Ihre MITHILFE

Eine Initiative von:

**Ihren Pflegekräften im ambulanten und
stationären Bereich,
Ärzten und Zahnärzten, Heilpraktikern,
Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten,
Psychologen, Psychotherapeuten,
Osteopathen, Logopäden, Podologen,
Diätassistenten, Labormitarbeitern,
Feuerwehren, Rettungsdiensten uvm.**

aus dem Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge,
Dresden und weiteren Regionen



Therapeutennetzwerk
Landkreis Sächsische Schweiz/
Osterzgebirge



www.aerzte-fuer-aufklaerung.de



Netzwerk sächsischer Zahnärzte
Zahnärzte für selbstbestimmte Medizin und freie Impfsentscheidung



Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

in unserer Arbeit in verschiedensten medizinischen Berufen an unterschiedlichsten Einrichtungen und Praxen fallen uns in den vergangenen Tagen und Wochen nach der **COVID-19-Impfung** eine vermehrte Anhäufung von folgend genannten **Symptomen und Erkrankungen** auf.

Der Verdacht liegt nahe, dass es mehr Menschen gibt, die unter den Folgen der Impfung leiden, als angenommen. Diese Postkarte erhalten über **125.000 Menschen** mit der **Bitte um Rücksendung an uns**, um die Daten repräsentativ, politisch unabhängig und frei von Verbindungen zur Pharmaindustrie o.ä. auszuwerten. Diese Aktion ist von unserem Therapeutennetzwerk und angeschlossenen Ärzten und Pflegekräften privat finanziert.

Kleben Sie bitte das gefaltete Schreiben an den markierten Stellen zusammen und senden Sie dieses an die eingetragene Adresse. (Bitte ausreichend frankieren!)

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

innerhalb 90 Tage nach der Impfung aufgetretene Symptome/Erkrankungen:

- ☐ Schüttelfrost/allgemeines Unwohlsein
- ☐ Blutdruckschwankungen/Schwindel
- ☐ Gleichgewichtsstörungen
- ☐ unklare Schmerzsymptome
- ☐ starke Kopfschmerzen
- ☐ starke Lymphknotenschwellungen
- ☐ Hitzewallungen
- ☐ Sehstörungen/Gesichtsfeldausfall
- ☐ Geruchs- und Geschmacksveränderungen
- ☐ Hörsturz
- ☐ Hornhauteintrübungen
- ☐ Fieberschübe
- ☐ unklarer Husten
- ☐ nach der Impfung Ausbruch Coronainfektion
- ☐ verstärkte Infektneigung
- ☐ Wortfindungsstörungen, diverse Hirnleistungsstörungen
- ☐ demenzielle Symptome/Verwirrung
- ☐ Depressionen/Persönlichkeitsveränderungen
- ☐ Chronische Erschöpfungssyndrom/Fatigue Syndrom
- ☐ Hauterkrankungen/Irritationen
- ☐ Gürtelrose
- ☐ Herpes-Infektion
- ☐ Schuppenflechte/Auslösung von Schüben
- ☐ abgestorbenes Hautgewebe an der Einstichstelle
- ☐ Haarausfall
- ☐ Wundheilungsstörungen

- ☐ nicht einheilende (Zahn) -Implantate
- ☐ Zahnfleischbluten/Entzündungen
- ☐ Parodontitis
- ☐ Kieferknochenentzündungen/Osteolysen
- ☐ Herpes Simplex
- ☐ Quincke Ödem
- ☐ Nesselsucht
- ☐ Auslösen von Allergien
- ☐ diverse Thrombosen
- ☐ Embolien
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzmuskelentzündungen
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Autoimmunerkrankungen
- ☐ Multiple Sklerose Schübe bzw. Auslösung
- ☐ vorübergehende Faszialisparese (Gesichtslähmung)
- ☐ Guillain-Barré-Syndrom
- ☐ unklare Halbseitenlähmungen
- ☐ neurologische Symptome der Extremitäten (z.B. Zittern der Arme/Hände/Beine)
- ☐ Beschleunigung von Tumorwachstum
- ☐ Tumorrezidive innerhalb kürzester Zeit
- ☐ Fibromyalgiesymptome
- ☐ Rheumatische Schübe
- ☐ Muskelschwund des Oberarmmuskels
- ☐ Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Armes
- ☐ Zyklusprobleme mit starken Blutungen
- ☐ Ausbleiben der Menstruation
- ☐ Früh-, Fehl- /Totgeburt ohne erkennbare Ursache
- ☐ Schilddrüsenprobleme
- ☐ wiederkehrende Infekte der Harnwege
- ☐ Darmschleimhautentzündungen
- ☐ Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa
- ☐ Leberzirrhosen/Toxische Hepatitis
- ☐ erhöhter Blutzuckerspiegel
- ☐ Kennen Sie eine Person, welche in kurzer Zeit nach der Impfung ohne erkennbare Ursache verstorben ist?

Name: _____ Geb.datum: _____

☐ Sonstiges: _____

Wenn Sie wünschen, dass wir uns für Ihre Beschwerden einsetzen, geben Sie uns bitte Ihre Daten an:

Name: _____ Geb.datum: _____

Adresse: _____

ungefährer Zeitpunkt nach Impfung: _____

☐ Ich willige ein, dass meine Angaben anonym gespeichert und statistisch ausgewertet werden.

Hier bitte
zukleben

Hier bitte
zukleben

Hier bitte
zukleben