

Sie möchten eine Nebenwirkung im Zusammenhang mit einem COVID-19-Impfstoff direkt dem Paul-Ehrlich-Institut melden?



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



Paul-Ehrlich-Institut

Therapeutennetzwerk LK SSOE
Postfach XXXXXXXX
01259 Dresden

Oder wenden Sie sich an Ihren Hausarzt.



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 und Dresden



Therapeutennetzwerk
Landkreis Sächsische Schweiz/
Osterzgebirge



Pflegekräfte
Landkreis Sächsische
Schweiz-Osterzgebirge

Netzwerk sächsischer Zahnärzte
Zahnärzte für selbstbestimmte Medizin und freie Impfanscheidung



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 **100.000 Menschen** in unserem Landkreis und Dresden mit der **Bitte um Rücksendung an uns**, um die Daten repräsentativ, politisch unabhängig und frei von Pharmaindustrie o.ä. Verbindungen 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.

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
- demenzielle Symptome/Verwirrung
- diverse Hirnleistungsstörungen
- Depressionen
- 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
- Herpes Simplex
- Quincke Ödem
- Nesselsucht
- Auslösen von Allergien
- diverse Thrombosen
- Embolien
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündungen
- Herzrhythmusstörungen
- Autoimmunerkrankungen
- Multiple Sklerose Schübe bzw. Auslösung
- vorübergehende Fazialisparese (Gesichtslähmung)
- neurologische Symptome wie Handzittern
- Gullian Barre Syndrom
- unklare Halbseitenlähmungen
- neurologische Symptome d. Armes/Hand
- Beschleunigung von Tumorwachstum
- Tumorrezidive innerhalb kürzester Zeit
- Fibromyalgiesymptome
- Rheumatische Schübe
- Muskelschwund des Oberarmmuskels
- Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Armes
- Kieferknochenentzündungen/Osteolysen
- Zyklusprobleme mit starken Blutungen
- Ausbleiben der Menstruation
- Früh-, Fehl- /Todgeburt 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: _____

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: _____

Hier bitte
zukleben

Hier bitte
zukleben

Hier bitte
zukleben