Miejscowość, dnia ……………………………………….

Imię i nazwisko pacjenta:…………………………………………………..

i jego przedstawiciela ustawowego …………………………………………………..

Adres zamieszkania:……………………………………………………………

PESEL:……………………………………………….

Do: Lekarz POZ

………………………………………………………………………

**Zaświadczenie/oświadczenie o wyższych okolicznościach niemożliwości dopełnienia obowiązku szczepień stanowiących przeciwskazanie do szczepienia**

Na podstawie Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i kodeksu etyki lekarskiej oraz ustawie o działalności leczniczej, ratyfikowanej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Rzym.1950.11.04,Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz na podstawie art. 189e, 75, 81a 220, Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne , ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - kodeks postępowania administracyjnego.

Niniejszym zaświadczam, iż istnieją liczne wyższe okoliczności niemożliwości dopełnienia obowiązku szczepień będące przeciwskazaniem do ich odbycia wynikające z

1. **Nakaz wynikający z Boskiego objawienia o unikanie manipulacji informacją**

Oświadczam, iż na podstawie swojej wiary i swoich głębokich przekonań religijnych oraz Objawienia Boskiego, nie mogę uczestniczyć w działaniach, które wiążą się z manipulacją informacji przez osoby trzecie, w tym organizacje promujące powszechne szczepienia.

Zgodnie z moimi głębokimi przekonaniami religijnymi, które wynikają z Objawienia Boskiego i Boskiego nakazu, mam obowiązek skutecznie niewspółdziałać oraz nie wykonywać żadnych działań, w których osoby trzecie stosują manipulacje informacją. Dotyczy to także kwestii szczepień, gdzie informacje na temat szczepionek mogą być niepełne lub zniekształcone, co w moim przypadku wyklucza możliwość współdziałania w takich procesach.

1. **Grzech związany z wykorzystaniem komórek płodów pochodzących z aborcji w produkcji szczepionek**

Zgodnie z nauką Kościoła Katolickiego oraz w oparciu o osobistą wiarę, stosowanie szczepionek, w których produkcji użyto komórek płodów pochodzących z aborcji, stanowi ciężki grzech. Podkreślam, że jest to sprzeczne z moimi zasadami wiary, co stanowi wyższe okoliczności, uniemożliwiające wykonanie obowiązku szczepień takimi preparatami. Lekarz zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej jest w obowiązku poszanować moją wiarę i uwzględnić ją w kwestiach prowadzonych działań leczniczych.

Moja wiara zabrania mi i mojej rodzinie przyjęcia jakichkolwiek szczepionek, w których produkcji wykorzystano komórki płodów pochodzących z aborcji, a przymus taki stanowił by poważne naruszenie moich zasad religijnych. Jest to dla mnie grzechem, którego nie mogę popełnić pod żadnym warunkiem, co wynika z zaświadczenia teologa i mojego własnego. Przekonania te są mocno zakorzenione w mojej wierze katolickiej, która stoi na stanowisku ochrony życia od poczęcia do naturalnej śmierci.

1. **Przeciwwskazania medyczne związane z trwałym przeciwwskazaniem do szczepień**

Moje dziecko posiada przeciwwskazania medyczne, które uniemożliwiają wykonanie szczepień, co zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę. Te przeciwwskazania mają trwały charakter i mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych w przypadku podania szczepionki, co stanowi wyższe okoliczności medyczne.

Posiadam liczne zaświadczenia od :

* lekarza specjalisty,
* innego specjalistycznego zawodu medycznego legitymującego się posiadaniem fachowych kwalifikacji w dziedzinie wakcynologii,

które jednoznacznie stwierdzają, że zarówno u mnie, jak i u mojego dziecka istnieją trwałe przeciwwskazania medyczne do szczepień.

Oświadczam także na podstawie moich przyrodzonych praw do samostanowienia i samoograniczenia swoim i swojej rodziny, które to prawo nie zostało odwołane żadną ustawą oraz posiadając kwalifikacje w dziedzinie wakcynologii oświadczam iż moje dzieci mają trwałe przeciwskazania medyczne do szczepień.

1. **Wycofanie się z badania klinicznego IV fazy (eksperymentu medycznego) bez podania przyczyny i wynikających z tego konsekwencji prawnych**

Zgodnie z art. 37g ust. 2 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, pacjent ma prawo wycofać się z badania klinicznego IV fazy, które jest traktowane jako eksperyment medyczny, bez podawania przyczyny. Pacjent skorzystał z tego prawa, co nie może skutkować jakimikolwiek negatywnymi konsekwencjami prawnymi wobec niego ani dyskryminacją.

Na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 37c ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.) dotyczącej eksperymentów medycznych, mam prawo wycofać siebie i moje dziecko z udziału w badaniu klinicznym IV fazy, które jest eksperymentem medycznym, bez podawania przyczyny. Obowiązująca zasada informuje o prawie pacjenta do wycofania się z eksperymentu, w związku z brakiem wystarczających meta-analiz potwierdzających korzystny bilans zysków i strat w odniesieniu do istotnego punktu końcowego. Zgodnie z ustawą powyższe odstąpienia nie może rodzić negatywnych skutków prawnych na mnie ani na moje dzieci.

**Podsumowanie**

Na podstawie powyższych okoliczności i przepisów prawa, informuję iż istnieją liczne wyższe okoliczności niemożliwości dopełnienia obowiązku szczepień będące przeciwskazaniami do szczepień. Niniejszym oświadczam, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, a wszystkie powyższe informacje są zgodne z prawdą. Objawiono mi prawdę, o której mowa w punkcie 1. Moja wiara zabrania mi przyjęcia szczepienia, o czym mowa w punkcie 2. Posiadam odpowiednie zaświadczenia lekarskie i specjalistyczne, jak również zaświadczenie rodzica, który potwierdza istnienie trwałych przeciwwskazań medycznych do szczepień, o czym mowa w punkcie 3. Ponadto, zgodnie z obowiązującym prawem, wycofałem/wycofałam swój udział i udział mojego dziecka z badań klinicznych IV fazy, o czym mowa w punkcie 4.

Załączniki:

1. Przeciwwskazania medyczne – Trwałe przeciwwskazania do szczepień
   1. Zaświadczenie lekarza specjalisty o trwałych przeciwwskazaniach do szczepień,
   2. Zaświadczenie specjalisty z dziedziny wakcynologii o trwałych przeciwwskazaniach do szczepień,
   3. Oświadczenie rodzica posiadającego kwalifikacje w dziedzinie medycyny wakcynologii o przeciwwskazaniach medycznych o trwałych przeciwwskazaniach do szczepień,
2. Wycofanie z badania klinicznego IV fazy – Eksperyment medyczny
   1. Oświadczenie o wycofaniu udziału w badaniu klinicznym IV fazy

Z poważaniem

Imię i Nazwisko:………………………………………………..  
Data: ………………… Miejsce: ……………………………………