

Fragebogen zu Ihren Impfschäden

Eine der wichtigsten Aufgaben des Surya e.V. ist die Erforschung der Impfschädigungen und deren Heilung. Für unsere wissenschaftlichen Studien werden wir eine große Zahl von geimpften Personen zu ihren Erfahrungen befragen. Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, so füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen aus und senden ihn an:

Surya e.V., Burgstraße 8, D-82418 Riegsee-Hagen, Tel.: 0 88 41 – 44 55, Fax: 0 88 41 42 98

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist freiwillig. Diese werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihr Name _____ eMail _____ Tel. _____

Name des Geimpften (falls abweichend) _____ Alter _____ Geschlecht _____

Welche Impfungen wurden gegeben? _____

Wissen Sie noch (in etwa) in welchem Lebensalter? _____

Welche Reaktionen gab es auf die Impfungen?

- leichtes Fieber hohes Fieber Beschwerden an der Impfstichstelle, welche?
 andere Beschwerden _____

Welche Beschwerden gibt es heute?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | → Falls Sie einen Zusammenhang zu einer Impfung sehen, unterstreichen Sie bitte Ihre Beschwerde. |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Krebs | → Falls die Beschwerden innerhalb von 3 Monaten nach der Impfung auftraten, machen Sie bitte einen Kreis um das dazugehörige Kästchen. |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen z.B. Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Erkältungsneigung | <input type="checkbox"/> Sterilität | |
| <input type="checkbox"/> chron. Müdigkeit / Energielosigkeit | Autoimmunerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Weizen-/ Glutenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Asthma / Heuschnupfen | |
| <input type="checkbox"/> Laktoseunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> ADS / ADHS | |
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | |
| <input type="checkbox"/> Periodenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Hashimoto | |
| <input type="checkbox"/> andere Beschwerden _____ | | |

Testen Sie sich auf Impfschädigungen

Tragen Sie die Moorfeesalbe auf die Impfstichstellen (Oberarm, Gesäß usw.) auf. Entspannen Sie sich und richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst, ohne etwas Bestimmtes zu erwarten.

Wo im Körper haben Sie etwas wahrgenommen?

- Lokal an den Impfstellen rechter Oberarm
 linker Oberarm Gesäß

andere Stellen _____

Was haben Sie wahrgenommen?

- prickeln Schwere Spannung stechender Schmerz
 Bläschen Gefühl als ob geimpft Abszess

andere Symptome _____

Wann setzte das Gefühl ein?

- sofort innerhalb der nächsten 12 Stunden innerhalb der nächsten 24 Stunden

Hatten Sie allgemeine Reaktionen?

- Übelkeit Schwindel Durchfall, Magen-, Darmbeschwerden
 Kopfschmerzen grippale Beschwerden Fieber Hautausschlag
 Gelenksbeschwerden schmerzhafter Arm / Bein / Hüfte

Wie lange hielten die Reaktionen an? _____

Weitere Angaben bitte auf der Rückseite. Bitte melden Sie sich bei uns, wenn Sie Fragen zu dem Test haben.