

## **ELTERN-INFORMATION ZU MASKENPFLICHT, ZWANGSTESTUNG, IN SCHULEN**

Gemäss

**Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Epidemiegesetz 1950,  
Fassung vom 27.10.2020**

[BGBl. I Nr. 104/2020](#)

**Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit.**

**§ 5.**

(1) Über jede Anzeige sowie über jeden Verdacht des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit haben die zuständigen Behörden durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärzte unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit und der Infektionsquelle erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten. Kranke, Krankheitsverdächtige und Ansteckungsverdächtige sind verpflichtet, den zuständigen Behörden die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sich den notwendigen ärztlichen Untersuchungen **sowie der Entnahme von Untersuchungsmaterial zu unterziehen**. Zum Zwecke der Feststellung von Krankheitskeimen sind hiebei nach Möglichkeit fachliche Untersuchungsanstalten in Anspruch zu nehmen.

**(sowie der Entnahme von Untersuchungsmaterial zu unterziehen = ZWANGSTEST )**

**SEID IHR NICHT BERECHTIGT EINEN ZWANGSTEST ODER EINE IMPFUNG ZU VERWEIGERN!!!!**

**DAS HEIßT: DIE SCHULE KANN MIT EUREN KINDERN MACHEN WAS SIE WILL, IHR MÜSST NICHT MAL INFORMIERT WERDEN.**

**IHR KÖNNT EURE KINDER NUR SCHÜTZEN WENN IHR DAS BEILIEGENDE FORMULAR WEGEN HAFTUNGSÜBERNAHME AN DIE SCHULEN SCHICKT UND ZWAR SOFORT --- per EINSCHREIBEN / RÜCKSCHEIN UND Fristsetzung 14 Tage nach Zustellung.**

**MIT DEM FORMULAR VERWEIGERT IHR DIE MASSNAHMEN NICHT,**  
was Ihr nach Gesetz eh nicht könnt.

**IHR FORDERT LEDIGLICH DASS DIE SCHULE DIE HAFTUNG FÜR DEN FALL ÜBERNIMMT  
DASS BEI EUREN KINDERN GESUNDHEITLICHE FOLGESCHÄDEN ENTSTEHEN.**

**Ab Datum der Zustellung dürfen die Schulen die Anordnungen nicht durchsetzen.  
Ihr werdet die Haftungsübernahme nicht bekommen, weil niemand die Haftung übernimmt.**

**ABER IHR HABT MIT DER FORDERUNG AUF HAFTUNGSÜBERNAHME DIE ANORDNUNGEN AUSGEHEBELT.**

FORMULAR CORONA TEST / QUARANTÄNE-ANORDNUNG / MASKENZWANG  
**ANORDNENDER/ ANORDNENDE – COV-19 Test, Maskenzwang, Quarantäne**

Vorname, Familienname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

**Arzt / Ärztin, Untersuchender / Untersuchende (\*1)**

Vorname, Familienname

---

Straße Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

**Proband – Testperson**

Vorname, Familienname, Geb.datum

---

Straße, Hausnummer

---

**Erklärung**

**Der / die Anordnende, der / die Ärztin bzw. Untersuchender / Untersuchende** bestätigt mit seiner eigenhändigen Unterschrift (\*2)

.. Das Vorliegen einer epidemischen Lage nationaler Tragweite durch Covid19 / neuCovid19 bezogen auf schwere Krankheitsverläufe, Todesrate in sehr hoher Zahl

.. Die Notwendigkeit der angeordneten/auszuführenden Maßnahmen: Maskenzwang, Corona-Test, Quarantäne

und haftet vollumfänglich für die Folgeschäden körperlicher, psychischer / physischer und / oder finanzieller Art und verpflichtet sich zu Schadenersatz ohne Einschaltung eines Gerichtes.

**Folgeschäden körperlicher Art beinhalten:** Das Einführen eines Wattestäbchens oder ähnliches in diverse Körperöffnungen wie: Mund, Nase, Rachen etc. und das Einstechen einer Injektionsnadel im gesamten Körperbereich.

**Folgeschäden psychischer Art beinhalten:** Depressionen, psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, etc.

**Folgeschäden finanzieller Art beinhalten:** unnötige Arzt-,Behandlungs-,Arzneikosten, Verdienstaufschlag und sonstige zusätzliche Ausgaben.

---

Ort

---

Datum

---

eigenhändige Unterschrift

Der Proband / die Testperson ist am Tag der Unterschriftsleistung völlig gesund. Er darf bei Verweigerung der eigenhändigen Unterschrift durch Anordnende/Ärzte die Anordnungen ohne Auflagen/Repressalien ablehnen.

---

(\*1) Hierzu gehören auch sogenannte Amtsärzte/innen und das Personal des Gesundheitsamtes /-wesens

(\*2) Eine voll haftende Unterschrift ist immer leserlich und mit vollem Vor- u. Familiennamen zu leisten, elektronische Signaturen oder unleserliche Paraphen werden nicht anerkannt.