

# Bericht auf Basis hausärztlicher Erfahrungen zu unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit den genetischen Impfstoffen gegen SARS-2 Covid-19 und über deren Therapiemöglichkeit.

## **Zur Berichtsquelle:**

Die Beobachtungen wurden in einer patientenstarken internistisch -allgemeinmedizinischen Berufsausübungsgemeinschaft gemacht. Mehrere Hundert Patienten über 60 Jahre und einige besonders gefährdete Jüngere wurden in der Praxis im Rahmen der Impfkampagne mit den genetischen Impfstoffen gegen Covid -19 geimpft. Die beschriebenen Impfreaktionen beziehen sich nicht nur auf diese, sondern vor allem auf solche, die an anderer Stelle geimpft wurden und die Praxis wegen unklarer Symptome aufsuchten. Aus persönlichen Gründen möchte ich meine Identität erst zu einem späteren Zeitpunkt preisgeben. Ich bin in der Lage, alle Angaben durch Belege glaubhaft zu machen.

Neben den flüchtigen direkten Impfreaktionen habe im Zusammenhang mit den genetischen Impfstoffen bisher eine tödliche Sinusvenenthrombose, ein Guillain-Barré-Syndrom und etwa 30 Fälle von ernsten Impfnebenwirkungen persönlich gesehen. Fünfundzwanzig der schwersten unerwünschten Ereignisse habe ich dem Paul-Ehrlich-Institut und der Arzneimittel Kommission der Deutschen Ärzteschaft gemeldet. Darüber hinaus erlebte ich bei einer Familie, in der beide Eltern und zwei Kinder zweifach geimpft waren, einen „Impfdurchbruch“, also das zeitgleiche Auftreten einer Corona Infektion. Der Vater verstarb dabei an einer fulminanten Lungenembolie.

## **Direkt beobachtete Fälle von unerwünscht Wirkungen:**

Abgesehen von den beiden klassischen unerwünschten Wirkungen der Sinusvenenthrombose und des Guillain-Barré-Syndroms, dass als chronische Verlaufsform eines GBS (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy [CIDP]) einzuschätzen ist, kann ich 26 Fälle eines Reaktionskomplexes beschreiben, der in verschiedener Symptomkombination im zeitlichen Zusammenhang mit den Impfungen auftrat. Eine Vielzahl von Symptomen wurden dabei in wechselnder Kombination genannt.

## **Symptomatik eines postvakzinen Symptomkomplexes nach Covid-19 Impfungen:**

Leistungsdefizit, Abgeschlagenheit, extreme Adynamie, Kreislaufinstabilität, Atembeschwerden bei geringer Belastung, ungewöhnliche, oft heftige Kopfschmerzen, Tachykardie, Arrhythmie thorakaler Druck, Magen-Darm Beschwerden mit diffuser Übelkeit, Muskelkrämpfe, Menstruationsbeschwerden, uncharakteristische Phänomene wie Taubheitsgefühle, einschließendes Pieken und Brennen, nicht segmentgebundene Schmerzen, Sehstörungen, Schwindel, Lichtempfindlichkeit, Geräuschempfindlichkeit, Geschmacksverlust, Verwirrtheit, innere Unruhe, psychische Veränderungen wie Depression und Aggressivität, subkutane Schwellungen.

Eine Tabelle der Häufigkeit und Kombination der Beschwerden findet sich im Anhang.

Anamnestisch waren die genannten Beschwerden vor den Impfungen nicht aufgetreten. Rheumatische und autoimmune Krankheiten wurden genauso wie neurologische Erkrankungen ausgeschlossen. Psychosomatische Reaktionen waren durch die unten genannten prompten Therapieerfolge als nicht plausibel anzusehen. Laborspezifisch ließen sich bei einigen erhöhte Werte für D- Dimere, CRP und einige andere Parameter feststellen, dennoch gab es keine für alle Fälle

gemeinsame Konstellation. Die Thrombozyten waren in der Regel nicht vermindert. Ein erst später begonnenes Screening der Immunabwehr zeigte bei Vielen ein gemeinsames Muster.

### **Beobachtete Charakteristika und persönliche Einschätzungen:**

- 1) Ich unterscheide bisher zwei Folgewirkungen: a) (auto-)immunologische Prozesse und b) verminderte Immunkompetenz. Mögliche Zusammenhänge zwischen beiden Phänomenen, wie beispielsweise ein Verbrauch von immunkompetenten Zellen durch die genannten lokalen oder systemischen Prozesse sind noch zu klären.
- 2) Die unerwünschten Wirkungen treten vorzugsweise nach der zweiten Impfung, oder im Falle einer vorangegangenen Covid-19 Infektion, nach der sechs Monate darauffolgenden Einzelimpfung auf.
- 3) Die diffusen Symptome sind klinisch schwer einzuordnen, weil sie sich dem üblichen diagnostischen Instrumentarium weitgehend entziehen. Als Laborparameter finden sich zwar häufig erhöhte D-Dimere, ab und zu mäßige CRP Erhöhungen, selten eine Erhöhung der Antinuklearen Antikörper sowie vielfach eine Verminderung der T8 Zellen, wobei dies die zentralen Memory-CD8-zytotoxischen Zellen (TCCMA) betrifft. Allerdings kann der postvaccine Nebenwirkungskomplex auch ohne diese Auffälligkeiten auftreten.
- 4) Im Vordergrund der Beschwerden stehen neurologische Symptome: nicht segmentale Schmerzen, sensorischen und sensible sowie muskuläre Phänomene. Teilweise ähneln diese Impfnebenwirkungen den Post-Covid- Symptomen (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Neuralgien, Geschmacksstörungen)
- 5) Der von mir recherchierte Zusammenhang der Symptomatik mit der Impfung war zuvor bei niedergelassenen Ärzten, Erste Hilfe Stellen und Kliniksaufenthalten nicht wahrgenommen oder sogar explizit ausgeschlossen worden. Dies liegt meines Erachtens daran, dass die Symptome oft erst mit einer gewissen Latenz nach der letzten Impfung auftraten und keinem bisher bekannten Krankheitsbild entsprechen. Hinzu musste ich im Kontext der gesellschaftlichen Tabuisierung von Impfnebenwirkungen auch mehrfach eine unbewusste oder sogar fahrlässige Verleugnung solcher Zusammenhänge bei medizinischem Fachpersonal erleben.
- 6) Ein absolut schlüssiger Beweis einer autoimmun-entzündlichen Folgewirkung kann bisher nur histologisch geführt werden. Für die Befunde, die von wenigen gewebshistologischen Untersuchungen aus der Pathologie oder durch Herzmuskelbiopsien gewonnen wurden, gibt es bisher Hinweise, jedoch kein eindeutiges klinisches Korrelat. Das unten genannte Ansprechen auf eine immunsuppressive Therapie kann m.E. jedoch in sehr vielen Fällen als klinischer Beleg für die genannte Pathogenese angesehen werden.
- 8) Die Folgen einer verminderten Immunkompetenz lassen sich im Vergleich zu den autoimmun-inflammatorischen noch viel schwerer der Impfung zuordnen. In den drei genannten Fällen entstand bisher bei mir der Eindruck, dass maligne Erkrankungen heftiger und geradezu hemmungsloser metastasierend verlaufen und möglicherweise aus einem ruhenden Status geweckt wurden.
- 9) Im Fall des Guillain- Barré-Syndroms fiel eine sehr deutliche Störung der Immunkompetenz auf, die ich in der Anlage dokumentiere.

### **Therapieerfahrungen:**

Bei einem Fall einer extremen, sogar lebensgefährlichen Impfnebenwirkung, der im Anhang beschrieben ist, stellte ich fest, dass eine mehrtägige Steroidgabe eine unerwartet prompte Besserung der Symptome erbrachte. Ermutigt dadurch, blicke ich inzwischen auf eine Vielzahl von meist 10--tägiger, fallweise auch wiederholter Steroid Therapien zurück, die in etwa 80% der Fälle prompt bessernd wirkte! Als Schema bewährte sich der Beginn mit 40 mg Prednisolon, wobei die Dosis zweitägig um 5 mg reduziert wurde. Der nahezu zuverlässige Behandlungserfolg wurde damit auch zu einem differentialdiagnostischen Kriterium gegenüber anderen Erkrankungen oder psychosomatischen Ursachen. Im Kontext mit den anderen genannten Faktoren und scheint der Behandlungserfolg aus meiner Sicht die Ätiologie einer Impfnebenwirkung geradezu zu beweisen. Zudem besteht mit der Steroidtherapie eine wirksame Behandlungsoption des sonst schwer zu beeinflussenden postvakzinen Syndroms.

### **Schlussfolgerungen:**

Die prompte Besserung durch Steroide stützt die Annahme einer autoimmun-entzündlichen Genese der Impfnebenwirkungen. Zu dem multi-lokalen Symptomorten und Symptomqualitäten passt aus meiner Sicht die Vorstellung von möglichen Spike-induzierten immunologischen Reaktionen, die in der kapillären Strombahn oder auch in verschiedenen Körpergeweben ablaufen. Das häufige Fehlen von labormäßig erfassbaren Parametern eines Autoimmunprozesses mag darin begründet sein, dass es sich in vielen Fällen weniger um eine generalisierte Immunreaktion handelt, sondern eher um lokalisierte Antigen-Antikörperreaktionen.

Eine weitere Erkenntnis erbrachte der Fall einer tödlich verlaufenden Sinusvenenthrombose, der im Anhang ebenfalls dokumentiert ist. Der zum Tode führenden Krankheit waren multiple arteriellen Embolien im Splanchnikus - und Lungenbereich vorangegangen, die bereits mittels NOAK antikoaguliert worden waren. Daraus ergibt sich aus meiner Sicht im Falle von durch Impfung ausgelösten Thromboembolien über die Antikoagulation hinaus die Notwendigkeit einer zusätzlichen immunsuppressiven Therapie, vermutlich ebenfalls am besten mit Steroiden.

In Anbetracht der diffusen Symptomatik des genannten postvakzinen Symptomkomplexes, der allgemeinen Scheu, Nebenwirkungen der genetischen Impfstoffe überhaupt in Betracht zu ziehen und in Hinblick auf die allgemein geringe Meldefrequenz von Arzneimittelnebenwirkungen, die zwischen 5% und 10% geschätzt wird, muss davon ausgegangen werden, dass schwere unerwünschte Wirkungen in über zwanzigfach höherer Häufigkeit auftreten als es die Rate des Paul-Ehrlich-Institut widerspiegelt.

Bisher wurden in der Fachwelt nur einzelne Folgekrankheiten wie Thrombosen oder Herzmuskelentzündungen als Nebenwirkungen der genetischen Impfstoffe anerkannt. Meine Beobachtungen scheinen jedoch nahelegen, dass autoimmun-entzündliche Wirkungen geradezu systemtypisch überaus häufig auftreten. Ein Hinweis dafür ist die häufige Erhöhung der D-Dimere als Akute Phase Reaktion selbst bei asymptomatischen Geimpften. Die unterschiedliche Intensität dieser Reaktion, die hauptsächliche Wirkorte im Körper und bisher unbekannt zusätzliche Faktoren scheinen über die Erkennbarkeit und Schwere der Nebenwirkung zu entscheiden. Angesichts der Unkenntnis über die Wirkdauer autoimmun-entzündlicher Prozesse sind auch Folgen von unerschwelligen Verläufen in Betracht zu ziehen, die erst zeitfern nach Impfungen akute Krankheiten auslösen. So könnten unerkannte langwirkende Entzündungsprozesse in den Gefäßen beispielweise zu beschleunigter Arteriosklerose oder chronischer Minderversorgung von Organen führen. Ein erster Hinweis dafür waren vereinzelt bestimmte Lp-LPA 2 Werte, die nahe oder leicht über der Norm lagen.

Da bezüglich der genannten postvakzinen Symptomatik offensichtlich keine systematische Forschung stattfindet, bleibt es offensichtlich den Hausarztpraxen überlassen, die klinische Typologie selbstinitiativ weiter zu erforschen und die Ergebnisse zusammenzutragen. Mein Erfahrungsbericht soll ein Beitrag dazu sein und zum Wohle der von Impfnebenwirkungen betroffenen Patienten, die bisher wenig Hilfe im Gesundheitswesen erfahren, eine Therapieoptionen bekannt zu machen.

## Anlage zum hausärztlichen Erfahrungsbericht

### 1) Dokumentation des ersten Falls einer Steroidtherapie von Impfnebenwirkungen

Bei einem 71-jährigen Patienten wurde Ende 2020 die Diagnose eines kleinzelligen Lungentumors mit paratrachealen Lymphknotenmetastasen gestellt, sonst keine wesentlichen Vorerkrankungen. Chemotherapie, Verkleinerung der Lungenbefunde, keine Skelett- oder Organmetastasen. Prophylaktische Hirnbestrahlung. Nach Behandlungsabschluss April 2021 Wohlbefinden 4/21 und 5/21 Covid-19 Impfung mit Comirnaty. Acht Tage nach zweiter Impfung plötzlich anhaltende Schläfrigkeit, täglicher Kraftverlust, Depression, Geschmacksverlust, Verweigerung von Nahrungsaufnahme, Verwirrung. Kurze stationäre Aufnahme: Ausschluss von Hirnmetastasen, Impfungszusammenhang verneint, Entlassung unge bessert. Fünf Tage später Patient zuhause bettlägerig und kaum ansprechbar. Dringende Bitte an mich als Hausarzt, zu helfen. Labor: D-Dimere und CRP deutlich erhöht. Versuchsbehandlung mit Prednisolon, beginnend mit 40mg, absteigend unter der Vorstellung, es handle sich um eine Impfnebenwirkung, welche zu einer autoimmun-inflammatorischen Hirnerkrankung geführt habe. Bereits nach zwei Behandlungstagen besuchte mich der Patient nach dreiwöchiger Immobilität selbstständig in der Praxis!! Nach Abschluss der zweiwöchigen Therapie wieder leichte Verschlechterung der genannten Symptome. Erneuter Therapiezyklus mit prompter und nun anhaltender Besserung über einen Beobachtungszeitraum von über drei Monaten. Bei subjektiven Wohlbefinden jedoch bei CT Kontrolluntersuchungen Metastasierung in mehrere Organe diagnostiziert. Auch wenn das kleinzellige Bronchialkarzinom per se früh metastasiert, so überraschte dennoch die explosionsartige Ausbreitung von Metastasen. Das Phänomen fulminanter multilokulärer massiver Metastasierung beobachtete ich bei zwei weiteren Krebspatienten nach Impfung, die allerdings keine Steroidtherapie erhalten hatten. Hier sollten in Zukunft die Verläufe von Immunparametern vor und nach Impfung erhoben werden.

### 2) Dokumentation eines Falls von Sinusvenenthrombose

Eine sicher impfbedingte tödliche Nebenwirkungen nach Vakzevira Impfung hatte ich in dieser Zeit zu beklagen. Der Verlauf der tödlichen Nebenwirkung nach einer einer Vakzevria Impfung bei einem weitgehend gesunden 62-jährigen Mann ruft zu besonderer Wachsamkeit auf. Einzige Vor-Diagnose: gut eingestellter Hypertonus. Die Diagnose einer thrombozytopenischen ausgelösten Lungen- und Splanchnikus- Embolien wurde zunächst stationär korrekt gestellt und behandelt. Unter der Entlassungsdiagnose Lungenembolie wurde der unübersehbare Impfungszusammenhang lediglich als Differentialdiagnose genannt. Nach Entlassung nach fünf Tagen bei ansteigenden Thrombozyten und unter Antikoagulation entwickelte sich schleichend dennoch eine Sinusvenenthrombose, welche durch zwei kontrastmittelgestützte Computertomographien vier und zwei Taget zuvor nicht detektiert wurde. (Wegen Klaustrophobie des Patienten war eine MRT Diagnostik abgelehnt worden).

Bemerkenswert scheint, dass erstens die Antikoagulation allein das Fortschreiten der VITT nicht verhinderte und zweitens, dass der Prozess, obwohl er hochsymptomatisch mit extremsten Kopfschmerzen einherging, im Computertomogramm nicht erkennbar war. Handelte es sich um eine Anschoppung durch allmähliche kapilläre, autoimmun-entzündliche Abflussstörung? Dieser Fall sollte dazu anhalten, bei durch VITT ausgelösten Embolien die Patienten erstens länger stationär zu beobachten und zweitens bei entsprechenden Laborhinweisen (hohe D-Dimere, CRP- Erhöhung) Steroide in das Therapieregime einzubinden.

### 3) Dokumentation eines Falls von Guillain-Barré-Syndrom

Als Vorerkrankungen der 60-jährige Patientin waren ein arterieller Hypertonus und eine medikamentös gut eingestellte Depression bekannt. Anfang Mai und Mitte Juni erhielt sie Covid-19 Impfungen mit Comirnaty. 14 Tage darauf verspürte sie Kribbeln und Taubheit in beiden Beinen, die sich über drei Monaten nach caudal ausdehnten und zu einer erheblichen Schwäche der Beinmuskulatur führten. Von ihrem Hausarzt wurde sie an einen Neurologen überwiesen, der sie unter dem Verdacht eines Guillain-Barre-Syndroms in eine neurologische Abteilung einwies. Nach umfangreicher Diagnostik einschließlich Lumbalpunktion wurde die allein wohnende Patientin mit der Diagnose „V.a. sensibel betonte Polyneuropathie mit progredient aufsteigenden Hypästhesien und leichtgradigen Paresen der Extremitäten distal“ ohne Therapie entlassen. (Befunde: Gesamteiweiß im Liquor erhöht, keine Pleocytose, Pallhypästhesie beider Beine, Kraftminderung, Areflexie beidseits ASR und PSR, SEP und VEP diskret verlangsamte Latenzen.) Im Entlassungsbericht wurden weder die Einweisungsdiagnose noch die Frage eines Impfzusammenhangs diskutiert. Die für mich neue Patientin suchte mich nach Entlassung wegen zunehmender muskulärer Schwäche auf. Bereits im Wartezimmer stürzte sie deshalb. Wegen Zunahme von Gangstörung und einer Armschwäche sowie beginnende Atembeschwerden wies ich sie erneut in eine andere neurologische Fachklinik ein. Sich auf die klinische Erstuntersuchung beziehend, nahm weder diese noch eine weitere Fachklinik noch die erstbehandelnde Klinik die Patientin auf, die inzwischen nur noch am Rollator mit personeller Unterstützung laufen konnte. Ein niedergelassener Neurologe verordnete im gleichen Diagnose-Kontext lediglich Gabapentin. Ich richtete daraufhin eine häusliche Krankenpflege ein und begann unter meinem Verdacht des Vorliegens einer chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIPD) eine Steroidtherapie, beginnend mit 80 mg Prednisolon und einem längeren Verharren bei 60mg. Nach 5 Tagen begannen sich die Sensibilitätsstörungen, die bereits bis zum Mund gingen, sehr langsam zurückzubilden. Schwäche und Gefühlsstörungen in den Händen ließen nach. Die gesamte Behandlung, die üblicherweise in einem längerem Klinikaufenthalt mit anschließender AHB stattzufinden hätte, muss notgedrungen ambulant bewältigt werden. Der Grund für diese dysfunktionale medizinische Versorgung liegt aus meiner Sicht allein in einer Verkettung von Fehleinschätzungen der Fachabteilungen, die ausnahmslos den Zusammenhang mit der Covid-19 Impfung ausblendeten und in diesem Kontext die tatsächliche Diagnose nicht stellten. In letzter Konsequenz endete die Tabuisierung von Impfnebenwirkungen in einer unterlassenen Hilfeleistung.

### 4) Dokumentation „Impfdurchbrüche“

Alle Mitglieder der Familie einer mir bekannten Patientin, sie selbst, ihr Ehemann und ihre beiden 16 und 20 Jahre alten Kinder waren vor geraumer Zeit mit Comirnaty zweifach geimpft worden und erkrankten dennoch zeitgleich an einer SARS-2 Covid19 Infektion. Beide Kinder hatten milde Symptome. Meine Patientin litt eine Woche unter Fieber nahe 40 Grad

und starken Glieder- und Kopfschmerzen. Ihrem bisher völlig gesunden Ehemann schien es schneller besser zu gehen, er klagte jedoch unter Unterbauchbeschwerden. Nach zehntägiger Krankheit erlitt er völlig unerwartet einen Sekudentod, offensichtlich im Zusammenhang mit einer ausgedehnten Lungenarterienembolie. Nach Reanimation lebet er in apallischen Zustand noch zwei Tage auf einer Intensivstation. Der Fall lässt nicht nur Zweifel an Wirkung der Covid Impfungen hinsichtlich Ansteckungsempfänglichkeit und Schutz vor schweren Verläufen aufkommen, sondern legt nahe, dass hier ein Antibody-dependent enhancement (ADE) vorlag.

##### **5) Dokumentation von rasanten Verschlimmerungen bei Krebserkrankungen**

Die Ergebnisse der Verlaufsbeobachtungen sind auf Grund der geringen Fallzahl und den bekanntermaßen sehr heterogenen Krankheitsverläufen noch sehr vage. Ein Beispiel einer fulminanten Verschlechterung bei einem Bronchialkarzinom hatte ich bereits oben genannt. In einem weiteren Fall eines metastasierenden Magenkarzinoms kam es zu einer rasanten Verschlechterung und Tod zeitnah nach einer Vakzevria Impfung. Im dritten Fall eines Kolonkarzinoms, das zwei Jahre zuvor bei einer Koloskopie noch nicht sichtbar war, kam es einige Wochen nach der zweiten Comirnaty Impfung zu einer schnell zunehmenden Symptomatik und nachfolgender Diagnose einer Peritoneal- und Lebermetastasierung. Im vierten Fall einer Impfnebenwirkung mit starken Gesichtsneuralgien führte ein CT Thorax zum Ausschluss einer Lungenembolie zur Diagnose eines bisher asymptomatischen Bronchialkarzinoms mit bereits zentralen Lymphknotenbefall.

##### **6) Dokumentation von fahrlässiger Verkennung des Zusammenhangs mit einer Covid-19 Impfung**

Bei den in der Dokumentation 1 und 3 drei genannten Fälle wurde anlässlich der stationären Behandlungen und der Erste-Hilfe Untersuchungen der Impf-Zusammenhang entweder nicht genannt oder explizit ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen wurde dieser im Fall einer 19-Jährigen, die unter einer schweren Gesichtsneuralgie und einem Stupor als mutmaßlich enzephalitisches Symptom litt und bei der die ambulante Kortison Therapie eine prompte Besserung brachte. Gleiches Verhalten war auch bei ambulanten Fachärzten zu beobachten. In allen Fällen führten diese Fehleinschätzungen jeweils zur Unterbehandlung mit potentiell gravierenden Folgen. Offensichtlich widerspricht das Vorliegen von Impfnebenwirkungen aufgrund des kampagnenartigen öffentlichen Drucks zur Impfung so sehr dem gesellschaftlich gängigen Narrativ, dass dadurch in diesem Punkt die Wahrnehmungsfähigkeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen schwer beeinträchtigt ist. Dies führt, wie die Beispiele belegen, geradezu zu einer gravierenden Lücke in der angemessenen gesundheitlichen Versorgung.

Fall-Nr	Geb.-Datum	Geschlecht	zeitlicher Abstand zur Impfung KURZ (bis 3 Tage)	zeitlicher Abstand zur Impfung LÄNGER (5-12 Tage)	Müdigkeit	extr. Müdigkeit	Bettlägerigkeit	Atembeschwerden	Kreislaufinstabilität	heftige Kopfschmerzen	außergewöhnlicher Schwindel	Schwellungen	Herzsensationen	thorakaler Druck	Übelkeit/Magen-Darm-Beschwerden	sensorische Phänomene	Sehstörungen	Muskelverkrampfungen	Geschmacksverlust	Verwirrtheit	Psychische Veränderungen/Schlafstörungen/Unruhe	Licht- oder Geräuschempfindlichkeit	Hauteffloreszenzen	ungewöhnliche Menstruationsbeschwerden	D-Dimere patho	CRP patho	Leukozyten patho	Thrombozyten patho	Troponin patho	CD8+T-Zellen	Besserung durch Kortison- Therapie	Todesfall								
Fall 1	1951	m		x		x													x		x					x														
Fall 2	1958	w	x			x		x														x				x						x								
Fall 3	1971	w	x			x		x	x			x																												
Fall 4	1974	m	x			x		x																		x						x								
Fall 5	1995	w	x								x						x							x									x							
Fall 6	1957	m		x						x						x									x		x		x					x						
Fall 7	1980	w	x				x			x				x									x			x														
Fall 8	1992	w	x						x	x				x											x									x						
Fall 9	1964	w	x													x									x		x							x						
Fall 10	1957	w	x				x				x											x			x		x							x						
Fall 11	1958	w		x					x	x						x						x			x															
Fall 12	1979	w	x										x																											
Fall 13	1959	w		x							x						x																		x					
Fall 14	1955	m		x					x							x											x													
Fall 15	1979	w		x		x			x																															
Fall 16	2002	w		x			x			x						x						x														x				
Fall 17	1963	m		x					x		x					x																					x			
Fall 18	1962	m		x			x	x		x						x											x										x			
Fall 19	1993	w		x						x						x																						x		
Fall 20	1958	w		x					x	x																												x		
Fall 21	1962	w		x												x										x												x		
Fall 22	1970	w	x													x						x																x		
Fall 23	1954	w		x									x																										x	
Fall 24	1951	m		x										x																									x	
Fall 25	1949	w		x							x					x											x													

