Anlage 2 zum Antrag nach § 6 Absatz 6 CoronaImpfV

Dieses Formular ist von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auszufüllen.

Ärztlicher Nachweis für den Antrag auf Entscheidung nach § 6 Abs. 6 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

(Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV)

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt:

Patientin/ Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Bitte legen Sie im Folgenden dar, aus welchen Gründen ein Abweichen von der Impfreihenfolge in Betracht kommt. Dies dient als Nachweis für die besondere gesundheitliche Situation, die ein bestehendes sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus bedeutet. Es kommt dabei auf den aktuellen Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten an. Dieser muss aus dieser Bescheinigung hervorgehen. Ihre Angaben werden amtsärztlich auf Plausibilität geprüft.

Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel