

**Bescheinigung nach § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronaimpfV**

**Höchste Priorität**

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_ (Name des Impflings)  
in folgender Einrichtung oder folgendem Unternehmen tätig ist:

- Stationäre und teilstationäre Einrichtung zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 CoronaimpfV)

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

- Ambulanter Pflegedienst in dessen Rahmen durch den Impfling regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandelt betreut oder gepflegt werden, sowie im Rahmen der ambulanten Pflege Begutachtungs oder Prüftätigkeiten ausüben (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 CoronaimpfV)

Name des Dienstes \_\_\_\_\_

- Medizinische Einrichtung mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere Intensivstationen, Notaufnahmen, Rettungsdiensten, Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, in den Impfzentren sowie in Bereichen, in denen für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden, (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 CoronaimpfV)

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

- Medizinische Einrichtung in dessen Rahmen durch den Impfling regelmäßig Personen behandelt, betreut oder gepflegt werden, bei denen ein sehr hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, insbesondere in der Onkologie oder Transplantationsmedizin (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 CoronaImpfV)

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Stempel