

Attest bzgl. Festlegung der Priorisierung für die Corona-Schutzimpfung

Der/Die Patient/Patientin _____, geb. am _____
befindet sich in unserer fachärztlichen Behandlung.

Im Sinne von §3 Absatz 1 Ziffer 2 a-i der Impfverordnung ist er/sie aufgrund seiner/ihrer Vorerkrankungen der Gruppe 2 zuzuordnen.

Im Sinne von §4 Absatz 1 Ziffer 2 a-h der Impfverordnung ist er/sie aufgrund seiner/ihrer Vorerkrankungen der Gruppe 3 zuzuordnen.

Datum, Stempel, Unterschrift