

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# ERKRANKUNGSNACHWEIS ZUR PRIORISIERTEN SARS-COV2-SCHUTZIMPFUNG

*gemäß Paragraph 3 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronalmpfV) mit hoher Priorität*

- Hinweis: Mit diesem Formular können Sie am Tag Ihres Impftermins im Impfzentrum nachweisen, dass bei Ihnen eine Erkrankung vorliegt, die sie nach Paragraph 3 der Coronavirus-Impfverordnung prioritär zur SARS-CoV-2-Schutzimpfung berechtigt.
- Dieses Formular ist von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt auszufüllen.
- Bitte beachten Sie, dass Sie über das online-Terminvergabeportal erst einen Impftermin buchen können, sobald Impfungen in Ihrer Priorisierungsgruppe durchgeführt werden.
- Zum vereinbarten Impftermin müssen Sie dieses Dokument im Impfzentrum vorlegen. Sonst können Sie keine Impfung erhalten.



Hiermit wird bescheinigt, dass bei o. g. Person

eine Erkrankung im Sinne von Paragraph 3 Abs. 1 Nr. 2 a bis i der CoronalmpfV vorliegt.

Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift