

Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS – CoV- 2

**Attest für Patienten mit hoher Priorität
zur Vorlage beim Impfzentrum**

Person:

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Der/Die o.g. Patient/in ist in unserer regelmäßigen medizinischen Betreuung. Nach der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfungen gegen das Corona-Virus SARS Covid- 2 (CoronaimpfV) §3, Absatz 1 Ziffer 2 vom 8. Februar 2021 liegen die Voraussetzungen für eine SARS – CoV -2 Schutzimpfung mit **hoher** Priorität vor

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift/ Stempel behandelnder Arzt