

# ERKRANKUNGSNACHWEIS ZUR PRIORISIERTEN SARS-COV2-SCHUTZIMPfung

gemäß Paragraf 3 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaImpfV) 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 Paragraf 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. Informationen über die aktuell impfberechtigte Priorisierungsgruppe(n) finden Sie auf [www.impfen-sh.de](http://www.impfen-sh.de)
- Zum vereinbarten Impftermin müssen Sie dieses Dokument im Impfzentrum vorlegen. Sonst können Sie keine Impfung erhalten.



Hiermit wird bescheinigt, dass bei

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Mindestens eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten: E-Mail, Telefonnr.</b>	

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

Stempel

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift