

## Ärztliches Attest zur Covid-19-Impfung

Herr / Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

befindet sich in meiner regelmäßigen ambulanten Behandlung.

- Es wird bestätigt, dass mein Patient / meine Patientin an einem Krankheitsbild nach **§ 3 Abs. 1 Nr. 2 der Corona Impfverordnung** (CoronaImpfV) leidet.  
Es besteht daher Anspruch auf eine Schutzimpfung mit hoher Priorität.
  
- Es wird bestätigt, dass mein Patient / meine Patientin an einem Krankheitsbild nach **§ 4 Abs. 1 Nr. 2 der Corona Impfverordnung** (CoronaImpfV) leidet.  
Es besteht daher Anspruch auf eine Schutzimpfung mit erhöhter Priorität.
  
- Mein Patient / meine Patientin kann selbst über das Impfangebot entscheiden und die erforderliche Einwilligungserklärung abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt (mit Stempel)