

Arbeitgeberbescheinigung für Personen mit höchster Priorität

gem. §2 Corona Impfverordnung zur Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2

Der Arbeitgeber _____ (Unternehmensname)

in (Straße, Hausnr. PLZ, Ort) _____ (Arbeitsstätte)

bestätigt hiermit, dass folgende Person

Vorname, Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Wohnort / PLZ _____

in die angegebene Impfindikationsgruppe einzuordnen ist, um den relevanten Nachweis für die Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 zu erbringen.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Personen, die in stationären und teilstationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer pflegebedürftiger Menschen tätig sind.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Personen, die im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandeln, betreuen oder pflegen, sowie Personen, die im Rahmen der ambulanten Pflege Begutachtungs- oder Prüftätigkeiten ausüben.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind:	
Intensivstationen	<input type="checkbox"/>
Notaufnahme	<input type="checkbox"/>
Rettungsdienst	<input type="checkbox"/>
SAPV (spezialisierte amb. Palliativversorgung)	<input type="checkbox"/>
Bereiche mit aerosolgenerierenden Tätigkeiten <small>(konkret angeben)</small>	<input type="checkbox"/>
Sonstige z.B. Zahnarztpraxen, Infekt-Sprechstunde <small>(konkret angeben)</small>	<input type="checkbox"/>

Personen, die in medizinischen Einrichtungen regelmäßig Personen behandeln, betreuen oder pflegen, bei denen ein sehr hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.	
Onkologie	<input type="checkbox"/>
Transplantationsmedizin	<input type="checkbox"/>
Sonstige <small>(konkret angeben)</small>	<input type="checkbox"/>

Stempel des/der Arbeitgebers/in

Ort / Datum

Unterschrift des/der Arbeitgeber/in