

Kontaktperson für Person mit erhöhter Priorität

gem. §4 Corona Impfverordnung zur Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2

Die Person der hohen Priorität _____ (Vorname, Name)

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

mit der Erreichbarkeit _____ (Telefonnr.)

bestätigt hiermit, dass folgende Person

Vorname, Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Wohnort / PLZ _____

eine Kontaktperson von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach §4 Corona Impfverordnung Nr.1 und Nr. 2, die von dieser Person oder von einer sie vertretenden Person bestimmt wird, darstellt.

Bitte zutreffendes
ankreuzen

Kontaktperson einer Person, die das 60. Lebensjahr vollendet hat	<input type="checkbox"/>
Kontaktperson einer Person, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 besteht:	
Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen,	<input type="checkbox"/>
Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>
Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie.	<input type="checkbox"/>
Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen, Apoplex oder einer anderen chronischen neurologischen Erkrankung.	<input type="checkbox"/>
Personen mit Asthma bronchiale,	<input type="checkbox"/>
Personen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung,	<input type="checkbox"/>
Personen mit Diabetes mellitus ohne Komplikationen)	<input type="checkbox"/>
Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30)	<input type="checkbox"/>

Bitte nehmen Sie ein ärztliches Zeugnis als Bestätigung für die Eingruppierung der betreuten Person mit. Ein Beispiel dafür ist auf der Homepage www.impfzentrum-regen.de hinterlegt.

Ort / Datum

Unterschrift der Person mit erhöhter Priorität

Ort / Datum

Unterschrift der Kontaktperson