

## Kontaktperson für Person mit hoher Priorität

gem. §3 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 \_\_\_\_\_

Kontaktperson von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach §2 Absatz 1 Nr. 1 oder §3 Corona Impfverordnung Nr.1 und Nr. 2 oder, die von dieser Person oder von einer sie vertretenden Person bestimmt wird, darstellt.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Kontaktperson einer Person, die das 70. Lebensjahr vollendet hat	<input type="checkbox"/>
Kontaktperson einer Person, bei der ein sehr hohes und hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 besteht:	
Personen mit Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Organtransplantation	<input type="checkbox"/>
Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störungen, Schizophrenie oder schwerer Depression	<input type="checkbox"/>
Personen mit Behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen,	<input type="checkbox"/>
Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlichen schweren chronischen Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit chronischer Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40)	<input type="checkbox"/>
Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes und hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht	<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](http://www.impfzentrum-regen.de) hinterlegt.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Person mit hoher Priorität

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Kontaktperson