

Arbeitgeberbescheinigung für Personen mit hoher Priorität

gem. §3 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 Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege geistig oder psychisch behinderten Menschen tätig sind oder im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig geistig oder psychisch behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind:	<input type="checkbox"/>
Ärzte mit regelmäßigem unmittelbarem Patientenkontakt	<input type="checkbox"/>
medizinisches Personal mit regelmäßigem unmittelbarem Patientenkontakt	<input type="checkbox"/>
Personal der Blut- und Plasmaspendendienste	<input type="checkbox"/>
Personal der SARS-CoV-2 Testzentren	<input type="checkbox"/>

Polizei- und Ordnungskräfte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit zur Sicherstellung der öffentlichen Ordnung, insbesondere bei Demonstrationen, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind oder Soldatinnen und Soldaten, die bei Einsätzen im Ausland einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Personen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in besonders relevanter Position zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur tätig sind.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Personen, die in Einrichtungen nach §36 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Infektionsschutzgesetzes untergebracht oder tätig sind, z.B. Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Personen, die im Rahmen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des §45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig bei älteren und pflegebedürftigen Menschen tätig sind, z.B. Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden und im Alltag	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Personen, die an einer Grund- oder Förderschule bzw. in Kinderbetreuungseinrichtungen oder in der Kindertagespflege tätig sind.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Stempel des/der Arbeitgebers/in

Ort / Datum

Unterschrift des/der Arbeitgeber/in