

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 Persn 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	<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 malignen hämatologischen Erkrankungen oder Behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankungen, die nicht in Remission sind oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt	<input type="checkbox"/>
Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlichen schweren chronischen Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Diabetes mellitus (mit HbA1c ≥ 58 mmol/mol oder $\geq 7,5\%$)	<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 betreuenden Person mit. Ein Beispiel dafür ist auf der Homepage www.impfzentrum-regen.de hinterlegt.

Ort / Datum

Unterschrift der Person mit hoher Priorität

Ort / Datum

Unterschrift der Kontaktperson