

Ärztliches Zeugnis gemäß der Corona-Impfverordnung

Die unten stehende Arztpraxis bescheinigt hiermit

Name, Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

dass bei ihr/ihm

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- eine Erkrankung im Sinne von § 3 Ziffer 2 der Corona-Impfverordnung vorliegt und sie/er damit zur **Priorisierungsgruppe 2** gehört.

- eine Erkrankung im Sinne von § 4 Ziffer 2 der Corona-Impfverordnung vorliegt und sie/er damit zur **Priorisierungsgruppe 3** gehört.

Ort und Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift