



Bescheinigung der Impfberechtigung als Kontaktperson nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 a und b CoronaimpfV

Diese Bescheinigung gilt gemäß § 6 Abs. 4 S. 1 Nr. 5 CoronaimpfV für bis zu zwei enge Kontaktpersonen von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 CoronaimpfV sowie für bis zu zwei enge Kontaktpersonen von Schwangeren.

Impfberechtigte Kontaktperson:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Grund der Impfberechtigung:

Ich bin Kontaktperson einer

- nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person, die 70 Jahre oder älter ist.
- nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person, mit einer / mehrerer der folgenden Erkrankung(en) nach § 3 Abs. 1 Nr. 2:
 - a) Personen mit Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung,
 - b) Personen nach Organtransplantation,
 - c) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder mit-schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizo-phrenie oder schwere Depression,
 - d) Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen,
 - e) Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung,
 - f) Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkran-kungen,
 - g) Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen,
 - h) Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung,
 - i) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
 - j) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40),
 - k) Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonde-erer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.
- schwangeren Person.

Ort, Datum	
Unterschrift impfberechtigte Kontaktperson	



Bestimmung der engen Kontaktperson für:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Die Bestimmung erfolgt durch:

- mich als pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3a) selbst
- mich als schwangere Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3b)
- eine die pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3a) oder die schwangere Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3b) vertretende Person:

Name, Vorname der vertretenden Person	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass ich eine außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person oder eine schwangere Person oder eine diese Person vertretende Person bin.
- dass ich höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmt habe.

Ort, Datum	
Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder schwangeren Person oder der gesetzlichen Vertretung	

Diese Bescheinigung gilt nur in Verbindung mit folgenden Dokumenten:

- 1) Personalausweis oder ein anderer amtlicher Lichtbildausweis der Kontaktperson
 - 2) Nachweis der Impfberechtigung durch:
 - Altersnachweis der pflegebedürftigen Person oder ärztliche Bescheinigung über eine Diagnose der Prioritätsgruppe 2 (erhältlich über Hausarzt)
 - Kopie des bereits vorliegenden Bescheides der Pflegekasse über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder ein anderes, dementsprechendes Dokument der Pflegekasse, z.B. über die Gewährung von Leistungen, Höherstufungen im Pflegegrad etc.
- ODER
- Kopie des Mutterpasses oder ein gleichwertiger Nachweis