MUSTER-Vorlage

Corona Impf-Attest Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität

Hiermit bestätige ich, dass meine Patientin/mein Patient:

Vor- und Nachname: Max Mustermann

Geb: 24.12.1970

Straße und Hausnummer: Musterstraße 1

Postleitzahl und Ort: 70700 Stuttgart

mit erhöhter Priorität einen Anspruch auf Schutzimpfung hat.

[ ]  Bei ihr/ihm handelt es sich um eine Patientin/einen Patienten, die/der ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht. Sie/er gehört mindestens einem der in der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV) aufgeführten Personenkreis an:

* Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen, wenn die Remissionsdauer mehr als fünf Jahre beträgt
* Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertension
* Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion
* Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen oder Apoplex
* Personen mit Asthma bronchiale
* Personen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung
* Personen mit Diabetes mellitus (mit HbA1c < 58 mmol/mol oder< 7,5%),
* Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30)
* Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf besteht

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Corona