MUSTER-Vorlage

Corona Impf-Attest Schutzimpfungen mit hoher 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 hoher Priorität einen Anspruch auf Schutzimpfung hat.

Bei ihr/ihm handelt es sich um eine Patientin/einen Patienten, die/der ein sehr hohes oder hohes 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 Trisomie 21
* Personen nach Organtransplantation
* Personen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung
* Personen mit schwerer psychiatrischer Erkrankung
* Personen mit malignen hämatologischen Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankungen
* Personen mit interstitieller Lungenerkrankung (COPD, Mukoviszidose)
* Personen mit Diabetes mellitus (mit HbA1c ≥ 58 mmol/mol oder≥ 7,5%)
* Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung
* Personen mit chronischer Nierenerkrankung
* Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40)
* 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