

BESCHEINIGUNG HOHE Priorität

nach §6 Absatz 4 Nr.2 der Corona-Impfverordnung



Anschrift der Praxis

Formular zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum

Der nachfolgende Mitarbeiter/ die nachfolgende Mitarbeiterin

| | |
|--------------|--------------|
| Therapeut/in | Mitarbeiter |
| Geburtsdatum | Geburtsdatum |

arbeitet in der oben genannten podologischen Praxis und übt folgende Tätigkeiten aus:

- Er/sie behandelte ältere und pflegebedürftige Menschen in Alten-/Pflegeheimen beziehungsweise im Hausbesuch, so dass nach §2 Abs. 1 Nummer 2 beziehungsweise 3 der Impfverordnung Anspruch auf Schutzimpfung mit höchster Priorität besteht.
- Er/ sie behandelte Patienten so dass nach §3 Abs. 1 Nummer 5 der Impfverordnung Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität besteht.
- Er/r sie ist als Mitarbeiter in der Praxis tätig, so dass nach §4 Nummer 6 der im Impfverordnung Anspruch auf Schutz Impfung mit erhöhter Priorität besteht.

Ort, Datum

Praxisinhaber/in

Unterschrift, Praxisstempel

www.verband-selbststaendiger-podologen.de