



# Bestätigung zum Nachweis der Impfberechtigung für enge Kontaktpersonen einer schwangeren oder nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person

Diese Bestätigung dient als Nachweis für einen gemäß § 3 Absatz 1 Nr. 3 oder § 4 Absatz 1 Nr. 3 Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV) priorisierten Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen COVID-19 im Impfzentrum.

## 1. Angaben zur schwangeren oder pflegebedürftigen Person

---

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Schwangerschaft (vss. bis: \_\_\_\_\_ ) Pflegebedürftigkeit \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. a) Angaben zur ersten engen Kontaktperson

---

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. b) Angaben zur zweiten engen Kontaktperson

---

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Es wird erklärt, dass die vorliegende Bestätigung vollständig ist und der Wahrheit entspricht. Die schwangere bzw. nicht in einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person oder die sie vertretende Person bestimmt nur die oben genannten Personen als ihre enge Kontaktpersonen.

Diese Bescheinigung gilt nur in Verbindung mit einem gültigen Ausweisdokument (der Kontaktperson). **Zusätzlich** muss die Kontaktperson am Impftag mit diesem Formular einen **Nachweis der Schwangerschaft bzw. Pflegebedürftigkeit** der unter Nummer 1 genannten Person vorlegen (z. B. Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, einer entsprechenden Bescheinigung der Pflegeversicherung, eines Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit/ Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Gutachters der Pflegeversicherung).

---

Datum	Ort	Unterschrift der schwangeren/ pflegebedürftigen Person oder der sie vertretende Person
-------	-----	--