

Vorname, Name der Ärztin / des Arztes:

Name der Einrichtung (Praxis / Krankenhaus):

**Ärztliches Zeugnis zur Vorlage bei einem Covid19-Impfzentrum zum Nachweis der Zugehörigkeit zur Prioritätsgruppe 2 gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. § 3 Abs. 1 Nr. 2 lit. b) Corona-ImpfV vom 8. Februar 2021.**

Anrede:

Vorname, Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ, Ort:

geboren am , ist organtransplantiert.

Organ:

Datum der (letzten) Transplantation:

Ort, Datum:

---

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

(Stempel)