

## Ärztliche Bescheinigung

---

Vorname, Name

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße, Hausnummer, PLZ Ort

Hiermit wird bestätigt, dass bei oben genannter Person eine Erkrankung im Sinne  
von

- Paragraf 3 Ziffer 2 der Coronavirus-Impfverordnung (Priorisierungsgruppe 2)
- Paragraf 4 Ziffer 2 der Coronavirus-Impfverordnung (Priorisierungsgruppe 3)

vorliegt.

Stempel

---

Ort, Datum

---

Unterschrift