

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