

**Arbeitgeberbescheinigung als Nachweis des Anspruchs
auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**

Impfung

Angaben zum/-r Arbeitgeber/-in:	
Name des Arbeitgebers /:	
vertreten durch:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	

Hiermit wird bestätigt, dass

Angaben zum/-r Arbeitnehmer/-in:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Personal-Nr.	

als Beschäftigte/-r zu den Personen gehört, die nach Coronavirus-
Impfverordnung mit höchster bis hoher Priorität Anspruch auf eine
Schutzimpfung haben, weil sie/er in folgendem Bereich tätig ist:

*Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende in Praxen mit direktem
Patientenkontakt.*

Datum, Ort	Datum, Ort
Unterschrift und Stempel des/-r Arbeitgebers/-in	Unterschrift des/-r Arbeitnehmers/-in