

**Nachweis zur Vorlage im Impfzentrum über die Impfberechtigung für Personen nach § 2 Absatz 2 Nr.1 CoronaImpfV**

( Herr/ Frau )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(geb. am )

wird hiermit bescheinigt, dass er/sie regelmäßig in einer stationären Einrichtung

Personen betreut, pflegt oder behandelt.

Es handelt sich dabei um eine Tätigkeit als

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( Berufsbezeichnung, z.B. Physiotherapeuten )

**Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit**

Angaben zur stationären Einrichtung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Name der Einrichtung )

( Adresse der Einrichtung )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel und Unterschrift