

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

<b>Angaben zum/-r Arbeitgeber/-in:</b>	
Name des Unternehmens /:	
vertreten durch:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	

Hiermit wird bestätigt, dass

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

als Beschäftigte/-r zu den Personen gehört, die nach § 2 der  
Coronavirus-Impfverordnung mit höchster Priorität Anspruch auf eine  
Schutzimpfung haben, weil sie/er in folgendem Bereich tätig ist:

Personal mit besonders hohem  
Expositionsrisiko in  
medizinischen Einrichtungen

- Notaufnahmen,  
Transplantationsmedizin,  
Onkologie   
in der medizinischen  
Betreuung
- von COVID-19-Patienten
- weitere (bitte angeben und  
höchste Priorität   
begründen)

Personal in medizinischen  
Einrichtungen mit engem Kontakt  
zu vulnerablen Gruppen (bitte  
angeben und höchste Priorität  
begründen)

Pflegepersonal in der ambulanten  
und stationären Altenpflege

Andere Tätige in Senioren- und  
Altenpflegeheimen mit Kontakt zu  
den Bewohnern

Rettungsdienstpersonal

Personal in der spezialisierten  
ambulanten Palliativversorgung

Personal aus sonstigen  
Bereichen, in denen eine  
aerosolgenerierende Tätigkeit  
durchgeführt wird (bitte angeben  
und höchste Priorität begründen)

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