

# BESCHEINIGUNG HOHE Priorität

nach §3 Absatz 5 der Corona-Impfverordnung



Anschrift der Praxis

## Formular zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum

Der nachfolgende Mitarbeiter/ die nachfolgende Mitarbeiterin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Berufsbezeichnung
Wohnhaft in	

arbeitet in der oben genannten podologischen Praxis und hat regelmäßig unmittelbare Patientenkontakt. Die Voraussetzungen für einen Anspruch der Impfung nach §3 Abs. 5 der Corona-Impfverordnung (CoronaImpfV) sind somit erfüllt.

**Demnach besteht ein Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität**

Wir bitten darum, den Impfschutz unseres Mitarbeiters/ unserer Mitarbeiterin zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum      Praxisinhaber/in      Unterschrift, Praxisstempel

[www.verband-selbststaendiger-podologen.de](http://www.verband-selbststaendiger-podologen.de)