**Bescheinigung des Arbeitgebers als Nachweis des Anspruchs auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus (gem. § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronaImpfV)**

*Diese Bescheinigung dient als Nachweis der Anspruchsberechtigung gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronaImpfV zwei Schutzimpfungen gegen COVID-19 in einem Impfzentrum im Land Sachsen-Anhalt durchführen zu lassen.*

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung |  |
| Vertreten durch |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort |  |

**Hiermit wird bestätigt, dass**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort |  |

als Beschäftigte/-r in unserer o.g. zahnärztlichen / kieferorthopädischen Praxis zu den Personen gehört, **die nach § 2 der Coronavirus-Impfverordnung mit höchster Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben**,

weil er/sie in folgendem Bereich tätig ist:

Personen, die in Bereichen mit sehr hohem Expositionsrisiko tätig sind, in denen für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden.

Zusätzlich sind wir auch tätig (Zutreffendes bitte ankreuzen):

als Corona-Schwerpunktpraxis.

in stationären Pflegeeinrichtungen.

………………………………….. ……………………………………………………………………..

*Ort, Datum Unterschrift und Stempel Praxisinhaber*