

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

*Diese Bescheinigung dient als Nachweis der Anspruchsberechtigung gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronImpfV 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