



VPT Verband
Physikalische Therapie

PHYSIO DEUTSCHLAND

Deutscher Verband für
Physiotherapie (ZVK) e.V.

ANSCHRIFT DER PRAXIS

Formular zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum

Der nachfolgende Mitarbeiter/die nachfolgende Mitarbeiterin

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

BERUFSBEZEICHNUNG

WOHNHAFT IN

arbeitet in meiner/unsere(r) physiotherapeutischen Praxis und hat regelmäßig unmittelbaren Patientenkontakt. Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Impfung nach § 3 Absatz 5 der Corona-Impfverordnung (CoronaImpfV) sind somit gegeben.

Demnach besteht ein Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität.

Wir bitten darum, den Impfschutz unseres Mitarbeiters/unsere(r) Mitarbeiterin zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen

STEMPEL DER PRAXIS

Datum, Name Praxisinhaber/in