



ANSCHRIFT DER PRAXIS

**Bescheinigung zur Vorlage beim zuständigen Impfzentrum  
i.S. von § 6 Abs. 4 Nr. 2 Coronaimpfverordnung (CoronaImpfV)**

DER THERAPEUT/DIE THERAPEUTIN:

DER MITARBEITER/DIE MITARBEITERIN:

arbeitet in meiner/unserer physiotherapeutischen Praxis und übt folgende Tätigkeiten aus:

- Er/sie behandelt ältere und pflegebedürftige Menschen in Alten-/ Pflegeheimen bzw. im Hausbesuch, so dass nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 bzw. 3 der Impfverordnung Anspruch auf Schutzimpfung mit **höchster Priorität** besteht.
- Er/sie behandelt Patienten, so dass nach § 3 Abs. 1 Nr. 5 der Impfverordnung Anspruch auf Schutzimpfung mit **hoher Priorität** besteht.
- Er/sie ist als Mitarbeiter/in der Praxis tätig, sodass nach § 4 Nr. 6 der Impfverordnung Anspruch auf Schutzimpfung mit **erhöhter Priorität** besteht.

STEMPEL DER PRAXIS

Datum, Name Praxisinhaber/in