

# Bestätigung über Impfberechtigungen bei Kontaktpersonen

---

Name, Vorname der Schwangeren/ pflegebedürftigen Person

---

Geburtsdatum der Schwangeren/ pflegebedürftigen Person

---

Straße, Hausnummer der Schwangeren/ pflegebedürftigen Person

---

PLZ, Ort der Schwangeren/ pflegebedürftigen Person

## 1. Kontaktperson

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 2. Kontaktperson

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Personen meine Kontaktpersonen nach §3 Abs. 3 Coronavirus-Impfverordnung sind. Ein Nachweis darüber, dass ich schwanger (z.B. Kopie des Mutterpasses oder ärztliches Attest) oder pflegebedürftig (z.B. Pflegegutachten oder ärztliches Attest) bin, lege ich der Bestätigung bei.

---

Ort, Datum

Unterschrift