

Kreisverwaltung Kleve
Abt. 5.1
-Impfpriorisierung-
Nassauerallee 15-23
47533 Kleve

Qualifiziertes ärztliches Zeugnis

zum Antrag auf Gleichstellung einer Vorerkrankung gem. §§ 3 -4 CoronaimpfVO
zur Vorlage beim Gesundheitsamt

Hiermit bestätige ich, dass bei

Frau Herr

Vorname, Nachname:

geboren am:

wohnhaft in:

nach individueller ärztlicher Betrachtung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein

sehr hohes oder hohes Risiko (§ 3 (1) Nr. 2 Buchst. k CoronaimpfVO v. 10.03.2021 bzw.
§ 3 (1) Nr. 2 Buchst. j CoronaimpfVO v. 08.02.2021)

erhöhtes Risiko (§ 4 (1) Nr. 2 Buchst. i CoronaimpfVO v. 10.03.2021)

für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem
Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.

Diagnose (inkl. ICD-10) und ausführliche ärztliche Begründung:

Datum, Unterschrift Arzt/ Ärztin

Stempel der Arztpraxis

