



Nachweis für enge Kontaktpersonen nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 CoronaimpfV

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 3 der Coronavirus-Impfverordnung können pflegebedürftige Personen, welche die unten genannten Voraussetzungen erfüllen oder deren Vertreter bis zu zwei enge Kontaktpersonen bestimmen. Diese erhalten einen Anspruch auf Schutzimpfung mit erhöhter Priorität.

1. Pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person:

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Tel.:	
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			

2. Die in Ziff. 1 genannte pflegebedürftige Person fällt in mindestens eine der folgenden Gruppen:

Personen, die 60 bis 69 Jahre alt sind	<input type="checkbox"/>
Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>
Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen, Apoplex (Schlaganfall) oder einer anderen chronischen neurologischen Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Personen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Diabetes mellitus ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30)	<input type="checkbox"/>
Personen, mit erhöhtem Risiko für einen schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision (https://www.impfkommision.bayern)	<input type="checkbox"/>

3. Als enge Kontaktperson bestimme ich:

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Tel.:	
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			

Sofern einschlägig: Als weitere enge Kontaktperson bestimme ich:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

4. Die Bestimmung der engen Kontaktperson / der engen Kontaktpersonen erfolgt durch:

- mich selbst als oben genannte, nicht in einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person oder
- eine vertretende Person der oben genannten pflegebedürftigen, nicht in einer Einrichtung befindlichen Person. Falls einschlägig, Daten der vertretenden Person:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich eine außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person / eine die außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person vertretende Person bin.

Ferner bestätige ich, dass insgesamt höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmt werden. Die Richtigkeit meiner Angaben versichere ich hiermit.

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. deren Vertreter/in

Wichtiger Hinweis:

Diese Bescheinigung wird beim Besuch des Impfzentrums einbehalten und gilt nur in Verbindung mit folgenden Dokumenten:

- Personalausweis oder ein anderer amtlicher Lichtbildausweis der Kontaktperson
- Nachweise für sämtliche unter Punkt 2 angekreuzten Angaben (z.B. Arztbriefe/Atteste)
- Kopie des bereits vorliegenden Bescheids der Pflegekasse über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder ein anderes, dem entsprechendes Dokument der Pflegekasse, z.B. über die Gewährung von Leistungen, Höherstufungen im Pflegegrad etc.