

Erfassung von Kontaktpersonen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 a und b der Coronavirus-Impfverordnung

Hinweis: Auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) vom 08.03.2021 können sich Kontaktpersonen von häuslich untergebrachten pflegebedürftigen Personen und Schwangeren mit hoher Priorität gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 impfen lassen. Bitte füllen Sie hierzu dieses Formular aus und legen es zu Ihrem vereinbarten Impftermin im Impfzentrum vor. Zusammen mit dem Formular muss eine beidseitige Kopie des Personalausweises der pflegebedürftigen / schwangeren Person eingereicht werden.

Zum Nachweis einer bestehenden Schwangerschaft kann die Kopie eines ärztlichen Attestes verwendet werden. Alternativ kann Seite 2 des Mutterpasses in Kopie vorgelegt werden. Medizinisch sensible Befunde dürfen geschwärzt werden.

Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit bitte den entsprechenden Bescheid der Pflegekasse in Kopie vorlegen. Alternativ kann auch der Erkrankungsnachweis über eine gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 a bis j vorliegende Erkrankung bzw. ein gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 k festgestelltes (sehr) hohes Risiko für einen schweren SARS-CoV-2-Infektionsverlauf der pflegebedürftigen Person vorgelegt werden.

Andernfalls erhalten Sie keine Impfung.

Jede Person, die enge Kontaktpersonen ernennen darf, kann dies nur für zwei Personen tun! Sollten bereits weitere Kontaktpersonen ernannt worden sein oder der pflegebedürftigen / schwangeren Person zugeordnet werden können, kann eine Impfung untersagt werden.

I. Personenbezogene Daten der ernannten Kontaktperson

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Mindestens eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten: E-Mail, Telefonnr.	

II. Grund der Impfberechtigung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

<input type="checkbox"/>	Ich bin Kontaktperson einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person
<input type="checkbox"/>	mit einem Alter von ≥ 70 Jahren (gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 a Var. 1)
<input type="checkbox"/>	mit einem Alter von ≥ 80 Jahren (gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 a Var. 3)
<input type="checkbox"/>	mit einer / mehrerer der folgenden Erkrankung(en) (gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 b Var. 2) Bitte kreuzen Sie die vorliegende(n) Erkrankung(en) an:
<input type="checkbox"/>	a) Trisomie 21 oder Conterganschädigung
<input type="checkbox"/>	b) Nach Organtransplantation
<input type="checkbox"/>	c) Demenz, geistige Behinderung oder schwere psychiatrische Erkrankung (insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression)
<input type="checkbox"/>	d) Behandlungsbedürftige Krebserkrankung
<input type="checkbox"/>	e) Interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder eine andere, ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung

