

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender Immunitätsnachweis gegen COVID-19 gemäß § 20a IfSG vorliegt:

Impfnachweis im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung

Grundimmunisierung, abgeschlossen am: ____ . ____ . _____

1. Auffrischimpfung ("geboostert") am: ____ . ____ . _____

2. Auffrischimpfung ("geboostert") am: ____ . ____ . _____

Genesenennachweis im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung

Datum des SARS-CoV-2 PCR Tests: ____ . ____ . _____

Der Genesenennachweis ist gültig* von ____ . ____ . _____ bis: ____ . ____ . _____

(* nach den jeweils geltenden Vorgaben)

Befreiung von einer COVID-19-Impfung:

Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann.

Anmerkungen / Hinweise

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel