Praxis (Adress-Stempel)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geschlecht (m/w/d): | Geburtsdatum: |
| Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten: |
| Private Wohnadresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): | Erreichbarkeit:Tel.: E-Mail:  |

**Dokumentation über die Vorlage eines Immunitäts-Nachweises gegen** **COVID-19
gemäß § 20a Absatz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Nachweispflicht erfüllt:**

Nachweis wurde vorgelegt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ über:

[ ]  COVID-19-Impfnachweis (z. B. „Impfpass“, Impf-App)

[ ]  COVID-19-Genesenennachweis (z. B. digitales Genesenenzertifikat oder Ärztliches Zeugnis)

[ ]  Ärztliches Zeugnis darüber, dass die oben genannte Person auf Grund einer medizinischen
Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Zeugnis über:

[ ]  Eine Kopie des vorgelegten Immunitäts-Nachweises gegen COVID-19 wurde diesem Dokument
angefügt.

*Bemerkung zum vorgelegten Nachweis:*

**Nachweispflicht nicht erfüllt:**

[ ]  Ärztliches Zeugnis über eine medizinische Kontraindikation nicht vorgelegt

[ ]  Ein COVID-19-Impfschutz ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich

[ ]  Es wurde kein bzw. kein vollständiger Nachweis bis zum 15.03.2022 vorgelegt.

Eine Benachrichtigung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bemerkung zum nicht vorgelegten Nachweis:*

............................................................... ................................................................

Praxisstempel / Unterschrift der/des Datum / Unterschrift der/des

Arbeitgeberin/Arbeitgebers Mitarbeiterin/Mitarbeiter