

**Attest zur Impfpriorisierung (hohe Priorität)**  
**für die Corona-Schutzimpfung im Impfzentrum der Stadt Bochum**

**Angaben zur Patientin/zum Patienten**

<b>Nachname, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	

**Schutzimpfung mit hoher Priorität**

Die o.a. Person hat mit hoher Priorität gemäß § 3 Absatz 1 Nr. 2 Buchstaben a) – j) Coronavirus-Impfverordnung Anspruch auf eine Schutzimpfung, da ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund folgender Vorerkrankung besteht:

Bitte Zutreffendes im vorderen Feld ankreuzen und ggf. begründen (siehe Buchst. j)		
	a	Personen mit Trisomie 21
	b	Personen nach Organtransplantation
	c	Personen mit einer Demenz oder einer geistigen Behinderung oder mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression
	d	Personen mit maligner hämatologischer Erkrankung oder behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankung, die nicht in Remission oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt
	e	Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder anderen, ähnlich schweren chron. Lungenerkrankung
	f	Personen mit Diab. mell. (HbA1c > 7,5 %)
	g	Personen mit Leberzirrhose oder anderen chron. Lebererkrankung
	h	Personen mit chron. Nierenerkrankung
	i	Personen mit Adipositas BMI>40
	j	<p>Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.</p> <p>Begründung/Diagnose:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

Ferner sind als **Anlage** die **zwingend erforderlichen (fach-)ärztlichen Zeugnisse beigefügt**, die den Befund ausführlich darstellen und zweifelsfrei die voranstehend gemachten Angaben belegen.

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift behandelnde/r (Fach-)Ärztin/Arzt