|  |
| --- |
| Ärztliches Attest |
| zur Vorlage beim Impfzentrum(zuvor per Fax/E-Mail an das örtliche Gesundheitsamt) |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| für  |  |
|  | (ggf. Titel, Name, Vorname und Geburtsdatum der Patienten/des Patienten) |
| Aufgrund folgender Diagnosen ist o.g. Patientin/Patient aus hausärztlicher Sicht der Personengruppe |
|  | gem. § 3, Abs. (1), lit. j) - Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko |
|  | gem. § 4, Abs. (1), lit. i) - Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein erhöhtes Risiko |
| für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht - der Corona-Impfverordnung zuzuordnen: |
| Hier (Dauer-)Diagnosen-Auswahl eingeben |
| Liebe Patientin, lieber Patient, Bitte registrieren sich erst nach der unten gegebenen Einschätzung des Gesundheitsamts für Ihren Impftermin, bevorzugt im Internet unter <https://impfterminservice.hessen.de/>. Registrierungen (und ggf. Vereinbarungen von Impfterminen) sind auch telefonisch möglich (116 117 oder 0 611 505 92 888). Nehmen Sie dieses Attest mit zum Impftermin. |
| Fax/E-Mail-Addr. ausstell. Praxis: |  |
|  |
|  |  |  |
| (Ort, Datum) |  | (Stempel) |  | (Unterschrift der Ärztin/des Arztes) |
|  |
|  |
| Priorisierungsentscheidung durch das Gesundheitsamt (ggf. nach Einholung eines sachverständigen Votums des Beratungsgremiums beim Sozialministerium): |
|  | Es besteht ein sehr hohes oder hohes Risiko. Die Impfung ist mit der Priorität Stufe 2 durchzuführen. |
|  | Es besteht ein erhöhtes Risiko. Die Impfung ist mit der Priorität Stufe 3 durchzuführen. |
|  | Es besteht kein erhöhtes Risiko aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall. |
|  |  |  |
| (Ort, Datum) |  | (Dienstsiegel) |  | (Unterschrift) |