*(Briefkopf der Praxis)*

**Bescheinigung zur Berechtigung für eine Schutzimpfung mit höchster Priorität gemäß § 2 Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV)**

Frau/Herr *(Vorname/Nachname) ,* geboren am *(Geburtsdatum)*

ist als Therapeutin/ Therapeut in meiner/unserer nach § 124 Abs. 1 SGB V zugelassenen humanmedizinischen Heilmittelpraxis mit der Abgabe von Heilmitteln beschäftigt. Im Rahmen dieser Tätigkeit wird er/sie regelmäßig zur Behandlung von Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen (Senioren- und Pflegeheime) eingesetzt.

Die Voraussetzungen für eine Schutzimpfung mit höchster Priorität gemäß **§ 2 Nr. 2 CoronaImpfV** liegen demnach vor.

Ich/Wir bitte(n) um schnellstmögliche Veranlassung des Impfschutzes meiner/unserer Mitarbeiterin / meines/unseres Mitarbeiters.

*(Ort, Datum) (Unterschrift/Praxisstempel)*