*(Briefkopf der Praxis)*

**Bescheinigung zur Berechtigung für eine Schutzimpfung mit hoher Priorität gemäß § 3 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 und hat dadurch regelmäßigen und unmittelbaren Patientenkontakt.

Die Voraussetzungen für eine Schutzimpfung mit hoher Priorität gemäß **§ 3 Nr. 5 CoronaImpfV** liegen demnach vor.

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

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