

## Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 Attest für Patienten mit hoher und erhöhter Priorität zur Vorlage beim Impfzentrum

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
der Verordnung zum Anspruch auf Schutz (Coronavirus-Impfverordnung – Coronalm	elmäßigen radioonkologischen Betreuung. Nach cimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 pfV) § 3, Ziffer 2, Buchstabe "d" sowie § 4, Ziffer 2, olgende Voraussetzungen für eine SARS-CoV-2-
□ hohe Priorität (Personen mit behandlu	ngsbedürftiger Krebserkrankung) ICD10
□ <b>erhöhte Priorität</b> (Person mit behandlu Krebserkrankung) ICD10	ingsfreier in Remission befindlicher
Ort, Datum	 Unterschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt
Behandelnde/r Ärztin/Arzt:	
Titel, Vor- und Nachname	
Anschrift der Klinik/ Praxis	