



## Nachweis für enge Kontaktpersonen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a CoronaimpfV

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a Coronavirus-Impfverordnung können pflegebedürftige Personen, welche die unten genannten Voraussetzungen erfüllen oder deren Vertreter bis zu zwei enge Kontaktpersonen bestimmen. Diese erhalten einen Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität.

### 1. Pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

### 2. Die in Ziff. 1 genannte pflegebedürftige Person fällt in mindestens eine der folgenden Gruppen:

Personen, die 70 Jahre alt oder älter sind	<input type="checkbox"/>
Personen mit Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung	<input type="checkbox"/>
Personen nach Organtransplantation	<input type="checkbox"/>
Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression	<input type="checkbox"/>
Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen	<input type="checkbox"/>
Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit chronischer Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40)	<input type="checkbox"/>
Personen, mit sehr hohem oder hohem Risiko für einen schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest der Bayerischen Impfkommision ( <a href="https://www.impfkommision.bayern">https://www.impfkommision.bayern</a> )	<input type="checkbox"/>

### 3. Als enge Kontaktperson bestimme ich:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Sofern einschlägig: Als weitere enge Kontaktperson bestimme ich:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

4. Die Bestimmung der engen Kontaktperson / der engen Kontaktpersonen erfolgt durch:

- mich selbst als oben genannte, nicht in einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person oder
- eine vertretende Person der oben genannten pflegebedürftigen, nicht in einer Einrichtung befindlichen Person. Falls einschlägig, Daten der vertretenden Person:

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		Tel.:
Wohnort: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich eine außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person / eine die außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person vertretende Person bin.

Ferner bestätige ich, dass ich höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmen werde. Die Richtigkeit meiner Angaben versichere ich hiermit.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. deren Vertreter/in

**Wichtiger Hinweis:**

Diese Bescheinigung wird beim Besuch des Impfzentrums einbehalten und gilt nur in Verbindung mit folgenden Dokumenten:

- Personalausweis oder ein anderer amtlicher Lichtbildausweis der Kontaktperson
- Nachweise für sämtliche unter Punkt 2 angekreuzten Angaben (z.B. Arztbriefe/Atteste)
- Kopie des bereits vorliegenden Bescheids der Pflegekasse über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder ein anderes, dementsprechendes Dokument der Pflegekasse, z.B. über die Gewährung von Leistungen, Höherstufungen im Pflegegrad etc.