

Impfiling:
Name: _____
Vorname: _____
Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

**FORMULAR ZUR VORLAGE IN DEN
IMPFZENTREN DES LANDES
RHEINLAND-PFALZ**

**gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 6 in Verbindung
mit § 6 Abs. 4 Nr. 2 der Coronavirus-
Impfverordnung (CoronaImpfV)**

**Bescheinigung über eine Tätigkeit in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit
niedrigem Expositionsrisiko**

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person in Bereichen medizinischer
Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko (z.B. in Laboren oder im Verwaltungsbereich)
tätig ist und daher mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 6
CoronaImpfV hat.

(Datum, Name, Adresse, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers/der Dienststelle)

Dieses Formular ersetzt nicht die Terminbestätigung. Es ist als Ergänzung dazu zum
Impftermin mitzunehmen. Eine vorherige Terminvereinbarung ist erforderlich unter
<https://impftermin.rlp.de/> oder 0800-5758100.