

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

PLZ/Ort: _____

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

**gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 9 in Verbindung
mit § 6 Abs. 4 der Coronavirus-
Impfverordnung (CoronaImpfV)**

Hiermit versichere ich, dass bei mir aufgrund meiner Arbeits- oder Lebensumstände ein deutlich erhöhtes Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht und ich daher gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 9 CoronaImpfV mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung habe (**zutreffendes bitte ankreuzen**):

Ich habe mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung aufgrund meiner Eigenschaft als
<input type="checkbox"/> Saisonarbeiter/in
<input type="checkbox"/> Mitarbeitende/r in der fleischverarbeitenden Industrie
<input type="checkbox"/> Personal in Verteilzentren von Paketdiensten
<input type="checkbox"/> Personal an Arbeitsplätzen mit vielen Personen in unzureichend mit Frischluft versorgten Räumen, in denen Abstand halten schwierig oder unmöglich ist
<input type="checkbox"/> Sonstiges bzw. aufgrund meiner Lebensumstände

Bitte beachten Sie, dass das zuständige Personal des Impfzentrums Sie im Rahmen der Überprüfung Ihrer Anspruchspriorität zur Glaubhaftmachung Ihrer Angaben anhand von weiteren Auskünften sowie ggf. Unterlagen (z.B. Arbeitsvertrag) auffordern kann.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Wahrheitsgemäßheit meiner Angaben.

(Ort, Datum, Unterschrift des Impfings)

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.