

Impfiling:
<b>Name:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____
<b>Straße/Nr.:</b> _____
_____
<b>PLZ/Ort:</b> _____
_____

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

**(gem. § 6 Abs. 4 Nr. 3 und Nr. 4  
CoronaImpfV)**

**Erklärung zu Vorerkrankungen**

Hiermit versichere ich, dass bei mir das folgende Krankheitsbild und daher gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) ein Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität besteht (**zutreffendes bitte ankreuzen, ansonsten siehe nächste Seite**):

- Trisomie 21 oder Conterganschädigung,
- Zustand nach Organtransplantation,
- Demenz oder eine geistige Behinderung oder eine schwere psychiatrische Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression,
- Behandlungsbedürftige Krebserkrankung,
- Interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder eine andere, ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung,
- Muskeldystrophie oder vergleichbare neuromuskuläre Erkrankung,
- Diabetes mellitus mit Komplikationen
- Leberzirrhose oder eine andere chronische Lebererkrankung,
- chronische Nierenerkrankung,
- Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40),

**Entsprechende medizinische Unterlagen füge ich dieser Erklärung bei (ansonsten siehe nächste Seite).**

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des Impfings** \_\_\_\_\_

**Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen, falls keine anderen medizinischen Unterlagen zum Nachweis eines der auf Blatt 1 angegebenen Krankheitsbilder zur Verfügung stehen:**

**Hiermit wird ärztlicherseits bestätigt, dass bei oben genannter Person das/die oben angegebene/n Krankheitsbild/er besteht/bestehen. Für Vertragsärzte gilt: Abrechnung der Nummer 88320 und ggf. 88321 für das Porto auf dem Corona TestV Sammelschein.**

**Stempel,**

**Ort, Datum und Unterschrift eines behandelnden Arztes**

**Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen, falls zwar keines der auf Blatt 1 genannten Krankheitsbilder besteht, jedoch nach individueller ärztlicher Beurteilung im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS CoV-2 besteht:**

**Nach individueller ärztlicher Beurteilung besteht bei der oben genannten Person aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. § 3 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe k CoronalmpfV. Für Vertragsärzte gilt: Abrechnung der Nummer 97320 und ggf. 97321 für das Porto auf dem Corona TestV Sammelschein.**

**Stempel,**

**Ort, Datum und Unterschrift eines behandelnden Arztes**

Die Kosten für diese ärztliche Bescheinigung trägt das Land Rheinland-Pfalz. Die Abrechnung erfolgt für Vertragsärzte über die KV RLP, bei Privatärzten direkt gegenüber dem Land Rheinland-Pfalz (Die Vergütung beträgt in allen Fällen 5 Euro für die Bescheinigung und ggf. 0,90 Cent Porto).

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.