

**Bescheinigung zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-COV-2
für bis zu zwei enge Kontaktpersonen einer schwangeren Person**

| | |
|-----------------------------|--|
| Name der schwangeren Person | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | |

Hiermit wird bestätigt, dass

| | |
|--------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |

zu einen der beiden engen Kontaktpersonen der angegeben schwangeren Person gehört.

Ich bestätige, dass jetzt und in Zukunft höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmt werden.

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| Datum, Ort | Datum, Ort |
| Unterschrift schwangere Person | Unterschrift Kontaktperson |