

Impfiling:

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

**(gem. § 6 Abs. 4 Nr. 3 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):

- Trisomie 21,
- Zustand nach Organtransplantation,
- Demenz oder eine geistige Behinderung oder eine schwere psychiatrische Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression,
- Maligne hämatologische Erkrankung oder behandlungsbedürftige solide Tumorerkrankung, die nicht in Remission ist oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt,
- Interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder eine andere, ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung,
- Diabetes mellitus (mit HbA1c  $\geq$  58 mmol/mol oder  $\geq$  7,5%),
- 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:** \_\_\_\_\_

**Nur auszufüllen, falls keine anderen medizinischen Unterlagen zur Verfügung stehen:**

**Hiermit wird bestätigt, dass bei oben genannter Person das oben angegebene Krankheitsbild besteht.**

**Stempel, Unterschrift eines behandelnden Arztes**

Dieses Formular ersetzt nicht die Terminbestätigung. Es ist als Ergänzung dazu zum Impftermin mitzunehmen. Eine vorherige Terminvereinbarung ist erforderlich unter [www.impftermin.rlp.de](http://www.impftermin.rlp.de) oder 0800-5758100.