Bescheinigung des Arbeitgebers
gem. § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronaImpfV

Diese Bescheinigung dient als Nachweis der Anspruchsberechtigung gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2 CoronaImpfV zwei Schutzimpfungen gegen COVID-19 in einem Impfzentrum im Land Sachsen-Anhalt durchführen zu lassen.

Hiermit bestätige ich,

_____

(Name und Adresse Praxisinhaber)

dass folgende Person

_____

(Name und Adresse Mitarbeiterin/Mitarbeiter)

in unserer zahnärztlichen / kieferorthopädischen Praxis tätig ist.

Sie/er gehört zu den Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind.
Ihre/seine Arbeitsstätte gehört zu den Bereichen, in denen für eine Infektion mit Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden.

_____

Datum Unterschrift und Stempel Praxisinhaber