Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Bescheinigung der Impfberechtigung als Kontaktperson nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 a und b CoronaImpfV

Diese Bescheinigung gilt gemäß § 6 Abs. 4 S. 1 Nr. 5 CoronaImpfV für bis zu zwei enge Kontaktpersonen von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 CoronaImpfV sowie für bis zu zwei enge Kontaktpersonen von Schwangeren.

Impfberechtigte Kontaktperson:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Grund der Impfberechtigung:

Ich bin Kontaktperson einer

- ☐ nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person, die 70 Jahre oder älter ist.
- ☐ nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person, mit einer / mehrerer der folgenden Erkrankung(en) nach § 3 Abs. 1 Nr. 2:
  - a) Personen mit Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung,
  - b) Personen nach Organtransplantation,
  - c) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression,
  - d) Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen,
  - e) Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung,
  - f) Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen,
  - g) Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen,
  - h) Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung,
  - i) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
  - j) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40),
  - k) Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung 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 besteht.
- ☐ schwangeren Person.

Ort, Datum	
Unterschrift impfberechtigte Kontaktperson	

Bestimmung der engen Kontaktperson für:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Die Bestimmung erfolgt durch:

- ☐ mich als pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3a) selbst
- ☐ mich als schwangere Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3b)
- ☐ eine die pflegebedürftige, nicht in einer Einrichtung befindliche Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3a) oder die schwangere Person nach § 3 Abs. 1 Nr. 3b) vertretende Person:

Name, Vorname der vertretenden Person	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- **dass ich eine außerhalb einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Person oder eine schwangere Person oder eine diese Person vertretende Person bin.**
- **dass ich höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmt habe.**

Ort, Datum	
Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder schwangeren Person oder der gesetzlichen Vertretung	

Diese Bescheinigung gilt nur in Verbindung mit folgenden Dokumenten:

1) Personalausweis oder ein anderer amtlicher Lichtbildausweis der Kontaktperson
2) Nachweis der Impfberechtigung durch:
   - Altersnachweis der pflegebedürftigen Person oder ärztliche Bescheinigung über eine Diagnose der Prioritätsgruppe 2 (erhältlich über Hausarzt)
   - Kopie des bereits vorliegenden Bescheides der Pflegekasse über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit oder ein anderes, dementsprechendes Dokument der Pflegekasse, z.B. über die Gewährung von Leistungen, Höherstufungen im Pflegegrad etc.
     ODER
   - Mutterpass im Original