

**Ärztliche Bescheinigung**

Vorliegen einer medizinischen Kontraindikation nach § 20a Abs. 1 Satz 2 IfSG

Für

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
eMail	Telefonnummer

wird das Vorliegen einer medizinischen Kontraindikation für eine Impfung gegen COVID-19 bescheinigt.

Die medizinische Kontraindikation besteht

- ohne zeitliche Befristung
- vsl. bis \_\_\_\_\_.

Ggf. Anmerkungen/Hinweise
---------------------------

Stempel
---------

---

Ort, Datum

Unterschrift