

BEISPIEL FÜR ÄRZTLICHES ZEUGNIS NACH § 12 ABSATZ 7 TESTV

Ärztliches Zeugnis

nach § 1 Absatz 1 Nummer 5 der Coronavirus-Testverordnung (TestV) über das Vorliegen einer medizinischen Kontraindikation zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß § 4a Nummer 2 TestV

zur Vorlage bei einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 TestV zum Nachweis des Anspruchs auf Testung mittels PoC-Antigentest nach § 4a der TestV vom 21. September 2021.

Hiermit wird die Impfunfähigkeit gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 4a Nummer 2 TestV vom 21. September 2021 für nachfolgende Person bescheinigt.

Angaben zur Person:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Die Impfunfähigkeit besteht dauerhaft.

Die Impfunfähigkeit endete/endet am:

Ein Anspruch auf Testung besteht während der Impfunfähigkeit sowie für 3 Monate nach Ablauf des Datums der bescheinigten Impfunfähigkeit.

Ort, Datum

feststellende(r) Arzt/Ärztin
(Unterschrift/Stempel)