

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Herrn / Frau _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

die 5. Impfung gegen das SARS-2-Cov-19-Virus aus medizinischen Gründen sinnvoll ist.

Datum

Stempel und Unterschrift der/s Ärztin/ Arztes