



**Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern**

Bescheinigung zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 5 Corona-ImpfV

**für bis zu zwei enge Kontaktpersonen
einer schwangeren Person**

Auf Grundlage der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – Corona-ImpfV) vom 11. März 2021 haben u. a. Personen nach den §§ 2 bis 4 Corona-ImpfV priorisierten Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus-SARS-CoV-2. Diese Bescheinigung gilt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 b) Corona-ImpfV für bis zu zwei enge Kontaktpersonen von einer schwangeren Person.

Bestimmung der engen Kontaktperson für:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kontaktdaten: _____

Anspruchsberechtigte enge Kontaktperson Nr. 1*:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kontaktdaten: _____

Anspruchsberechtigte enge Kontaktperson Nr. 2*:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kontaktdaten: _____

Die Bestimmung erfolgt durch:

- die schwangere Person selbst
- eine die schwangere Person vertretende Person

Name: _____

Vorname: _____

Kontaktdaten: _____

Hiermit bestätige ich, dass jetzt und in Zukunft höchstens zwei Kontaktpersonen als impfberechtigte Personen bestimmt werden.

Ort, Ausstellungsdatum

Unterschrift (Schwangere Person /
vertretungsberechtigte Person)

Diese Bescheinigung dient als Nachweis der Anspruchsberechtigung gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 5 Corona-ImpfV für zwei **Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2** (die zweite Impfung in entsprechendem zeitlichem Abstand) in einem Impfzentrum des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

Diese Bescheinigung verliert ihre Gültigkeit nach 3 Monaten (ab dem Ausstellungsdatum).

****Bitte bringen Sie zu ihrem Impftermin folgende Dokumente mit:***

- ***Diese ausgefüllte und unterzeichnete Bescheinigung im Original,***
- ***ihr persönliches Ausweisdokument (Personalausweis/Reisepass/oder ein anderer geeigneter Lichtbildausweis) und***
- ***einen Nachweis über das Vorliegen einer Schwangerschaft der o.g. schwangeren Person***

Hinweis: Bitte bringen Sie diese ausgefüllte und unterzeichnete Bescheinigung **im Original** zum **1. Impftermin** mit. Ohne Vorlage der Originalbescheinigung kann keine Impfung erfolgen.