

Anlage 2

## Bestätigung über das Vorliegen eines Ausnahmegrundes von der Pflicht zur Impfung gegen COVID-19

Es wird hiermit bestätigt, dass

Familiename

Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geboren am (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_

von der Impfpflicht gemäß § 3 Abs. 1 COVID-19-Impfpflichtgesetz bis zum

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/YYYY) ausgenommen ist.

Der Ausnahmegrund wurde mit entsprechenden Befunden bestätigt.

**Aufgrund der vorgelegten Unterlagen kann das Vorliegen eines Ausschlussgrundes nicht bestätigt werden.**

Unterschrift und Stempel der  
ausstellenden Person / Einrichtung  
oder der ausstellenden Spezialambulanz

Datum und Ort der Ausstellung

