

Name Arzt

Adresse

MAIL:

Phone:

Website:

Mustervorlage

IMMUNITÄTS - B E S C H E I N I G U N G

IMMUNITY CERTIFICATE

NACHWEIS EINES GESESENEN STATUS ODER EINER ERFOLGREICHEN IMPFUNG

PROOF OF RECOVERED STATUS OR SUCCESSFUL VACCINATION -

Bestätigung für:

Confirmation for:

Name, Vorname, Titel

name, surname, titel

(Geburtstag)

birthday

gesetzlicher Vertreter

represented by the legal guardian | supervisor

Wohnanschrift | residential address

PA-Nummer | passport No

bestätigt, dass bei der genannten Person **confirms that for the named person**

Immunität gegen SARS-CoV-2 vorliegt¹. Eine Impfung oder Wiederholungsimpfung gegen Covid-19 wird als nicht geboten attestiert²

Immunity against SARS-CoV-2 is present¹. Vaccination or revaccination against Covid-19 is certified as not required

Der AK-Status wurde erhoben am:

AK status was collected on

Datum | date

Bestimmung mit/
Determination

Schnelltest
Point-of-Care Antibody-

Laborbestimmung
Test Lab-Immunity-Test

eine Impfung mit einem mRNA-SARS-CoV-2 oder Vector-Impfstoff wird aufgrund medizinischer Kontraindikationen(KI) nicht angeraten⁴

vaccination with a mRNA-SARS-CoV-2 or Vector vaccine is not recommended due to medical contraindications (CI)

1. Nachgewiesen durch eine Immunstatuserhebung nach § 22 Absätze 1 und 2 IfSG oder ein ärztliches Zeugnis auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 SGB V.

Proven by an immune status survey according to § 22 paragraphs 1 and 2 IfSG or a medical certificate also in the form of documentation according to § 26 paragraph 2 sentence 4 SGBV

2. 25. März 2021 - STIKO: 3. Aktualisierung der COVID-19- Impfeempfehlung

Vaccination recommendation - updated 25 March 2021

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/12_21.pdf?blob=publicationFile

3. **Die nachgewiesene Dauer des Schutzes nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion beträgt mindestens ein Jahr**

- aktualisierte Stellungnahme zur Immunität von Genesenen **30.09.2021** <https://g-f-v.org/2021/09/30/4411/>

Recommendation: One year protection

4. Anamnestisch bekannte hyperallergische Reaktionen / systemische Erkrankungen

anamnestically known hyperallergic reactions | systemic disease

Datum | date

UnterschriftArzt | doctor signature