

An den direkten Dienstvorgesetzten

Zur Vorlage bei dem
Personaldezernat
Postfach 659
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Erklärung der/des Beschäftigten gem. § 20a Infektionsschutzgesetz

Gemäß § 20a Absatz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind alle in Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsvorsorge tätigen Personen verpflichtet, der Leitung der Einrichtung einen Immunitätsnachweis gegen COVID-19 vorzulegen.

Name, Vorname:	Personal (SAP) Nr.:
Einrichtung (Klinik, Institut, Dezernat, Station, Stabstelle usw.)	

Impfnachweis im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung

1. Impfung am _____ mit folgendem Impfstoff _____

2. Impfung am _____ mit folgendem Impfstoff _____

3. Impfung am _____ mit folgendem Impfstoff _____

weitergehende Impfung am _____ mit folgendem Impfstoff _____

Genesenennachweis im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung

Datum des PCR Tests _____

Es liegt eine medizinische Kontraindikation vor, aufgrund nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Ein ärztliches Attest ist beigelegt.

Kontraindikation besteht bis _____

Hiermit bestätige ich, dass für mich ein den Anforderungen des § 20a Absatz 2 IfSG genügender Immunitätsnachweis vorliegt sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter/-in

Zur Kenntnisnahme durch den direkten Dienstvorgesetzten:

Hiermit bestätige ich, dass der der/die oben bezeichnete Mitarbeiter/in mir einen Immunitätsnachweis zur Einsichtnahme vorgelegt hat, der den in diesem Formular gemachten Angaben entspricht.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Leiters der Einrichtung
(Klinik, Institut, Dezernat, Station, Stabsstelle usw.)