



## Arbeitgeber- bzw. Dienstherrnbescheinigung gemäß § 20a Abs. 1 Nr. 1-3 Infektionsschutzgesetz

Es wird bestätigt, dass die unten genannte Person (Beschäftigte/r bzw. Beamter/Beamtin) in einem der folgenden Einrichtungen bzw. Unternehmen tätig ist:

- Krankenhaus
- Einrichtung für ambulantes Operieren
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
- Dialyseeinrichtung
- Tagesklinik
- Entbindungseinrichtung
- Behandlungs- oder Versorgungseinrichtung, die mit Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken oder Entbindungseinrichtungen vergleichbar ist
- Arztpraxis oder Zahnarztpraxis
- Praxis sonstiger humanmedizinischer Heilberufe
- Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in der medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden
- Rettungsdienst
- sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Einrichtung der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienst der beruflichen Rehabilitation
- Begutachtungs- und Prüfdienst, der auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird
- voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtung
- ambulanter Pflegedienst und weitere Unternehmen, die zu voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer behinderter oder pflegebedürftiger Menschen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten

Person:

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

|

Seite 2

**Bestätigung:**

Landkreis / kreisfreie Stadt / Stadt / Gemeinde / Behörde / Verbandsgemeinde / Arbeitgeber / Auftraggeber / Einrichtung / Dienst:

Anschrift:

---

Ausstellungsdatum

---

**Unterschrift**

der Leitung der kommunalen Organisationseinheit / des Arbeitgebers / des Selbstständigen /  
der Einrichtung / des Auftraggebers bzw. der ausstellungsberechtigten Person

**Stempel**

**Hinweis für die den Beschäftigte/den Beschäftigten bzw. den Beamten / die Beamtin:**

Bringen Sie diese ausgefüllte und unterschriebene Bescheinigung, im Original zum 1. Impftermin sowohl im Impfzentrum als auch zur Arztpraxis mit. **Ohne diese Bescheinigung kann keine Impfung mit dem Impfstoff Novavax zugesichert werden!**