



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Antrag auf Einzelfallentscheidung für eine Corona-Schutzimpfung gem. § 3 Abs. 1 Ziff. 2 k) oder § 4 Abs. 1 Ziff. 2 i) Coronavirus-Impfverord- nung (CoronalmpfV)

I. Angaben zur anspruchsberechtigten Person nach § 1 CoronalmpfV

Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	Hausnummer:
PLZ, Ort:	Fax*:
Telefon*:	E-Mail*:

II. Antrag

- 1.) Ich beantrage als Person, bei der nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund von besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko/ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, eine Impfung mit hoher Priorität/eine Impfung mit erhöhter Priorität.

Kurze Erläuterung der Antragstellerin/des Antragstellers:

* Freiwillige Angaben

2.) Dem Antrag sind beizufügen:

- Aktuelle medizinische Befunde, beispielsweise Krankenhausentlassbriefe, sonstige ärztliche Berichte und Stellungnahmen, Laborbefunde
- Aktueller Medikationsplan.

Bitte reichen Sie möglichst vollständige Unterlagen ein.

3.) Antragstellung durch

die **anspruchsberechtigte** Person

den **gesetzlichen Vertreter**

Persönliche Angaben zum gesetzlichen Vertreter

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	Hausnummer:
PLZ, Ort:	Fax*:
Telefon*:	E-Mail*:

den **Bevollmächtigten** (bitte Vollmacht beifügen)

Persönliche Angaben zum Bevollmächtigten

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	Hausnummer:
PLZ, Ort:	Fax*:
Telefon*:	E-Mail*:

Ort, Datum

Unterschrift

III. Einwilligung in die Datenverarbeitung und Weitergabe an die Landesärztekammer Baden-Württemberg als Stelle zur Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses in besonderen Einzelfällen gem. § 6 Abs. 6 CoronaimpfV

In die Verarbeitung der von mir im Rahmen dieses Antrags übermittelten personenbezogenen Daten durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg willige ich ein.

Ort, Datum

Unterschrift

In die Weitergabe der von mir im Rahmen dieses Antrags übermittelten personenbezogenen Daten an die Landesärztekammer Baden-Württemberg als Stelle zur Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses in besonderen Einzelfällen gem. § 6 Abs. 6 CoronaimpfV willige ich ein.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Antrag ist einzureichen beim:

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Postfach 103443, 70029 Stuttgart

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter

www.sozialministerium-bw.de/datenschutz