

Betroffenheit von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen das Coronavirus

Name:

Anschrift:

Beruf:

Ich bestätige, dass ich aufgrund der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen das Coronavirus im Gesundheitsbereich im Rahmen von möglichen Versorgungseingriffen betroffen bin.

Datum, Unterschrift