

**Formular zur Vorlage in den saarländischen Impfzentren**  
(gem. § 6 Abs. 4 Nr. 5 CoronaimpfV)

Hiermit wird bestätigt, dass  Herr  Frau  keine Angabe

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

eine sog. „**enge Kontaktperson**“ einer schwangeren Person ist und daher ein Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität besteht.

Der persönliche Priorisierungscode (erhältlich beim Frauenarzt)

lautet: \_\_\_\_\_

**Angaben der schwangeren Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der schwangeren Person  
bzw. deren Vertreter

**Hinweis: Es dürfen max. 2 enge Kontaktpersonen benannt werden!**