Adresskopf COVID-19 Risiko-Attest ausstellende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum

**COVID-19-Risiko-Attest**

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herr/Frau *Name und SV-Nummer der betroffenen Person*

🞎 aufgrund der aktuellen individuellen gesundheitlichen Situation ein erhöhtes Risiko hat, im Falle einer COVID-19 Infektion einen schweren Krankheitsverlauf durchzumachen. Dadurch wird eine Zugehörigkeit zu einer COVID-19 Risikogruppe begründet.

🞎 aufgrund der aktuellen individuellen gesundheitlichen Situation voraussichtlich kein überdurchschnittlich erhöhtes Risiko hat, im Falle einer COVID-19 Infektion einen schweren Krankheitsverlauf durchzumachen.

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

***Hinweis:***

*Es wird darauf hingewiesen, dass die im vorliegenden COVID-19-Risiko-Attest vorgenommene ärztliche Feststellung anhand der COVID-19-Risikogruppe-Verordnung vorgenommen wurde.*