Adresskopf 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 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.

…………………………………………………………………….

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin