



Geschäftsstelle der Bayerischen Impfkommision  
c/o Prof. Karl-Walter Jauch  
Marchioninstr. 15  
81377 München

## Antrag auf Einzelfallentscheidung der Bayerischen Impfkommision für ein ärztliches Attest zur Vorlage beim lokalen Impfzentrum

### 1. Persönliche Daten der anspruchsberechtigten Person:

Familienname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Alter	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort			
Telefon			
Mobiltelefon			
E-Mail Adresse (falls vorhanden)			

Bevorzugter Kontaktweg für Rückfragen und Zuleitung der Entscheidung bzw. des Bescheids:

Bitte kontaktieren Sie mich über

o.g. E-Mail

abweichende E-Mail: \_\_\_\_\_

auf dem Postweg

#### Bitte beachten Sie:

Es ist uns aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gestattet, sensible Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO) über das Internet per E-Mail unverschlüsselt zu versenden. Unsererseits kann Ihnen lediglich mitgeteilt werden, ob Ihrer Beantragung stattgegeben werden konnte oder nicht. Sollten Ihnen im Rahmen der Antragstellung auf Einzelfallentscheidung Gesundheitsdaten mitgeteilt werden, dann geschieht dies unsererseits in der Regel auf dem Postweg. Deshalb empfehlen wir Ihnen, uns Ihre medizinischen Unterlagen per Post zuzusenden.

## 2. Wer stellt den Antrag?

Antragstellung durch die anspruchsberechtigte Person (Ziff.1)

Antragsstellung durch gesetzlichen Vertreter (*bitte untenstehende Tabelle ausfüllen*)

Antragstellung durch bevollmächtigte Person unter Vorlage einer Vollmacht (*bitte untenstehende Tabelle ausfüllen*)

Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail Adresse (falls vorhanden)	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 3. Was wird beantragt? (*zutreffendes bitte ankreuzen*)

Beantragt wird eine Priorisierung der anspruchsberechtigten Person als:

Person mit sehr hohem oder hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe j CoronaimpfV)

Person mit einem erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe i CoronaimpfV)

### Ich beantrage eine Einzelfallentscheidung aus diesen Gründen:

(Bitte stellen Sie hier dar, aus welchen medizinischen Gründen der Antrag gestellt wird):

--	--

Liegt eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welcher Grad? _____ GdB
Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welcher Pflegegrad? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

#### 4. Einwilligung in die Datenverarbeitung durch die Bayerische Impfkommision

In die Verarbeitung der von mir im Rahmen dieses Antrags ibermittelten personenbezogenen Daten durch die Bayerische Impfkommision und der am LMU Klinikum errichteten Geschftsstelle zum Zwecke der Bearbeitung meines Antrags willige ich ein.

Ausfhrliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in der Anlage 1 oder unter:  
[www.impfkommision.bayern](http://www.impfkommision.bayern)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### 5. Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, die verantwortlichen rzte \_\_\_\_\_ von der Schweigepflicht, in dem Umfang wie es zur Stellungnahme hinsichtlich der Behandlung \_\_\_\_\_ (ggf. vom \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_) erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### 6. Anhnge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- rzentliches Zeugnis (Anlage 2)
- Nachweis des Grads der Behinderung
- Nachweis des Pflegegrads
- Vollmacht
- folgende weitere Unterlagen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte unterschreiben Sie hier und senden sie den Antrag inklusive aller Anlagen an:  
Geschftsstelle der Bayerischen Impfkommision, Marchioninstr. 15, 81377 Mnchen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person/  
ggf. gesetzl. Vertreter/in oder Betreuer/in

## **Merkblatt zum Antrag auf Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses**

gemäß §§ 3, 4 i.V.m § 6 Abs. 6 CoronaimpfV

Dem Antrag ist ein ärztliches Zeugnis über die Gründe für eine Entscheidung über die Impfpriorisierung des Anspruchsberechtigten unter Angabe der besonderen Umstände des Einzelfalls, welche zu einem sehr hohen, hohen oder erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 führen, beizufügen.

Das ärztliche Zeugnis hat insbesondere zu enthalten:

- Die Darstellung der für den Antrag relevanten Erkrankungen.
- Den Vorschlag für die Zuordnung zu einer Impfpriorisierungsgruppe:
  - a) Hohe Priorität (§ 3 CoronaimpfV)
  - b) Erhöhte Priorität (§ 4 CoronaimpfV)
- Die Gründe für die vorgeschlagene Impfpriorisierung sowie die die vorgeschlagene Priorisierung tragenden Befunde.

Das ärztliche Zeugnis ist durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt zu unterzeichnen sowie mit Datum, Ort und Praxisstempel zu versehen.

Weiter sind dem Antrag als Anhang, soweit vorhanden, die erforderlichen Nachweise für den Grad der Behinderung und den Pflegegrad beizufügen.

Im Fall der Beantragung durch eine bevollmächtigte Person ist zudem die Vorlage einer schriftlichen Vollmacht notwendig.

---

### **Hinweise zur Antragsstellung:**

Der Antrag nebst Anhang ist auf dem Postweg zu richten an:

Geschäftsstelle der Bayerischen Impfkommision

c/o Prof. Karl-Walter Jauch

Marchioninistraße 15

81377 München

## Anlage 1

### Informationen zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Informationen nach Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) für natürliche Personen:

Die Bayerische Impfkommision wurde – im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege – am Klinikum der Universität München (LMU Klinikum) eingerichtet.

Die Geschäftsstelle der Bayerischen Impfkommision ist verantwortliche Stelle im Sinne von Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

Die Adresse des Verantwortlichen lautet:

Bayerische Impfkommision

Marchioninstr. 15

81377 München

E-Mail: [antrag@impfkommision.bayern](mailto:antrag@impfkommision.bayern)

Tel.: 089 4400-75188

[www.impfkommision.bayern](http://www.impfkommision.bayern)

Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten des LMU Klinikums lauten wie folgt:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des LMU Klinikums München

Pettenkoferstr. 8

80336 München

[datenschutz@med.uni-muenchen.de](mailto:datenschutz@med.uni-muenchen.de)

Tel.: 089 4400-58454

Fax: 089 4400-55192

Die von Ihnen in den vorliegenden Antragsunterlagen und auch darauffolgend im weiteren Verwaltungsverfahren angeben personenbezogenen Daten werden durch die Bayerische Impfkommision zur Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages verarbeitet.

Eine Übermittlung dieser personenbezogenen Daten an Dritte findet, soweit keine besonderen gesetzlichen Bestimmungen dies ausdrücklich zulassen, grundsätzlich nur an Stellen innerhalb der Landesverwaltung im Rahmen des Verwaltungsvollzuges sowie an die Mitglieder der Bayerischen Impfkommision im Rahmen der Antragsbearbeitung statt. Alle Daten werden hier nach dem Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Ihnen steht sowohl ein Auskunftsrecht, Datenberichtigungsrecht, Recht auf Datenlöschung, Recht auf Einschränkung der Bearbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Widerspruchsrecht gemäß Art. 15 ff. DSGVO zu.

Sollten Sie sich in Ihren Rechten nach der DSGVO verletzt sehen, haben Sie jederzeit das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO).

Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde für den öffentlichen Bereich in Bayern:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD)

Postfach 221219

80502 München

[poststelle@datenschutz-bayern.de](mailto:poststelle@datenschutz-bayern.de)

Tel.: 089 2126720

Fax: 089 21267250

## Anlage 2

### Ärztlicher Nachweis

Antrag auf Einzelfallentscheidung der Bayerischen Impfkommision  
für ein ärztliches Attest zur Vorlage beim lokalen Impfzentrum

Behandelnder Arzt:


Patient:


Datum: \_\_\_\_\_

*Hinweis: Dieser Nachweis darf nicht älter sein als vier Wochen (maßgeblich: Datum der Antragstellung)*

Bitte legen sie dar, aus welchen Gründen ein Abweichen von der Impfreiherfolge in Betracht kommt. Dies dient als Nachweis des Härtefalls und als Nachweis für die besondere gesundheitliche Situation, die ein bestehendes besonders hohes Risiko für einen schweren und tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus bedeutet. Es kommt dabei auf den aktuellen gesundheitlichen Zustand des Patienten bzw. der Patientin an. Dieser muss aus dieser Bescheinigung hervorgehen.

Begründung:

--

Ärztliche Empfehlung:

--

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel des ausstellenden Arztes/der ausstellenden Ärztin