

Ärztliche Bestätigung zur Vorlage bei der Gesundheitsbehörde

Schwangerschaft

Es wird hiermit bestätigt, dass bei

Familienname:		Vorname:	
Geboren am (TT.MM.JJJJ)			

eine Schwangerschaft vorliegt.

Voraussichtlicher Geburtstermin: (TT.MM.JJJJ)	
--	--

COVID-19 Impfung empfohlen ab (SSW 14): (TT.MM.JJJJ)	
---	--

Diese Bestätigung dient zur Vorlage bei der Gesundheitsbehörde zur Beantragung einer Impfpflichtbefreiung, gültig bis zum Ende des Folgemonats nach dem Geburtstermin.

(Covid-19-Impfpflichtgesetz §3 Abs. 2: Die Ausnahme von der Impfpflicht gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 gilt jeweils bis zum Ablauf des Folgemonats nach Wegfall des Ausnahmegrundes.)

Unterschrift und Stempel der /ausstellenden Fachärztin /
des ausstellenden Facharztes für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

<i>Datum und Ort der Ausstellung</i>