

# Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei der Schulleitung der

---

Schulname

---

Anschrift der Schule

**Hiermit wird bestätigt, dass**

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift der Patientin/ des Patienten

**an einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen leidet**

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck)
- chronische Erkrankungen der Lunge (z. B. COPD)
- Patienten mit chronischen Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z. B. Cortison)

**und aus diesem Grunde zu der Personengruppe gehört, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 haben könnte.**

Quelle: Informationen des RKI [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogruppen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html)

Aus Datenschutzgründen enthält diese Bescheinigung keine Angaben zu einzelnen Diagnosen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der behandelnden Ärztin /  
des behandelnden Arztes

Praxisstempel