

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Zentrale Medizinische Gutachtenstelle (ZMGA)  
Turmstraße 21  
10559 Berlin

**Antrag auf Entscheidung nach § 6 Absatz 6 der Verordnung zum Anspruch auf  
Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2  
(Coronavirus-Impfverordnung – CoronaimpfV)**

**Persönliche Daten:**

Name			
Vorname			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich.	<input type="checkbox"/> weiblich.	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		Alter	
Anschrift			
Tätigkeit/ Beruf			

**Ich beantrage eine Entscheidung nach § 6 Absatz 6 Corona- Impfv aus diesen Gründen:**

**Stellen Sie bitte dar, aus welchen medizinischen Gründen der Antrag gestellt wird. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die erforderlichen ärztlichen Unterlagen zum Nachweis der besonderen gesundheitlichen Situation bei, die ein bestehendes sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren und tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus darlegen.**

**Bitte reichen Sie alle erforderlichen Unterlagen mit dem Antrag ein. (Siehe Infoblatt)**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person  
ggf. gesetzlicher Vertreter\*in oder Betreuer\*in

**Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und Datenweitergabe gemäß DSGVO:**

Hiermit erkläre ich, .....

geb. am .....

mich mit der Verarbeitung und elektronischen Speicherung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Antragsbearbeitung einverstanden.

Die in der Anlage 1 aufgeführten datenschutzrechtlichen Informationen gemäß DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift