

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 aktuellen 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.

aufgrund der aktuellen individuellen gesundheitlichen Situation keine medizinische Indikation laut COVID-19-Risikogruppe-Verordnung vorliegen hat.

---

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

### **Hinweis:**

Es wird darauf hingewiesen, dass die im vorliegenden COVID-19-Risiko-Attest vorgenommene ärztliche Feststellung anhand der „Empfehlung des BMSGPK zur Erstellung einer individuellen COVID-19 Risikoanalyse bezüglich eines schweren Krankheitsverlaufs“ vorgenommen wurde. Diese Einschätzung der Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu einer Risikogruppe trifft keine Aussage über ein individuelles Infektionsrisiko sowie über die tatsächliche Schwere einer möglichen künftigen Erkrankung an COVID-19.