

Einmeldung von positiv getesteten Personen für eine mögliche Therapie mit COVID-19-Arzneimitteln



Formular senden an:

asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at

1.	<input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname
	<input type="text"/> - <input type="text"/> SV-Nr. Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht: Männlich Weiblich Divers
	<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> PLZ Ort
	<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> E-Mail

2.	Positiver PCR-Test am: <input type="text"/>	Symptombeginn am: <input type="text"/>	(Datum im Format TT.MM.JJJJ)
----	--	---	------------------------------

3.	Diagnosen und Risikofaktoren	Ergänzungen
	Alter > 50 Jahre BMI > 30 Schwangerschaft Kardiovaskuläre Erkrankung Diabetes Mellitus Chronische Lebererkrankung Chronische Nierenerkrankung Immunsuppression / Onkologische Erkrankung	Sichelzellanämie Chronische Lungenerkrankung Thalassämie Down-Syndrom (Trisomie 21) Cerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B.: Schlaganfall)
		<input type="text"/> (Absatz mit "Alt" und "Enter")

4.	Von der/dem Patient*in derzeit oder regelmäßig eingenommene Arzneimittel - Wirkstoff, Produktbezeichnung, Dosierung:
	<input type="text"/>
	(Absatz mit "Alt" und "Enter")

5.	Therapie erwünscht?	Therapie erwünscht	Therapie nicht erwünscht
----	----------------------------	--------------------	--------------------------

6.	Therapieempfehlung	Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®)	Molnupiravir (Lagevrio®)
----	---------------------------	------------------------------------	--------------------------

Eingemeldet von:		
<input type="text"/> Datum:	<input type="text"/> Einmeldende Stelle / Einrichtung / Klinik:	<input type="text"/> Name:
<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> E-Mail	

Formular senden an:
asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at