

Bestätigung zur Vorlage bei der Corona-Schutzimpfung

Persönliche Informationen der Patientin/des Patienten

Vor- und Nachname

Geschlecht w m d

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen

Genetische Erkrankung mit signifikantem Risiko bei COVID-19	
a) Trisomie 21	
b) Andere (bitte spezifizieren):	
Fortgeschrittene funktionelle oder strukturelle chronische Lungenkrankheit, welche eine dauerhafte, tägliche, duale Medikation benötigt.	
a) Pulmonale Hypertonie	
b) Mukoviszidose/zystische Fibrose	
c) COPD im fortgeschrittenen Stadium GOLD III	
d) Andere (bitte spezifizieren):	
Chronische Herzerkrankung mit Endorganschaden, die dauerhaft therapiebedürftig ist.	
a) Ischämische Herzerkrankung	
b) Herzinsuffizienz	
c) Andere (bitte spezifizieren):	
Aktive Krebserkrankung mit einer jeweils innerhalb der letzten sechs Monate erfolgten onkologischen Pharmakotherapie (Chemotherapie, Biologika) und/oder einer erfolgten Strahlentherapie.	
a) Metastasierende Krebserkrankung auch ohne laufende Therapie	
b) Andere (bitte spezifizieren):	
Chronische Lebererkrankung mit Organumbau und dekompensierter Leberzirrhose ab Childs-Stadium B	
Ausgeprägte Adipositas ab dem Adipositas Grad III mit einem BMI ≥ 40	



Erkrankung, die mit einer dauerhaften und relevanten Immunsuppression behandelt werden muss.	
a) Knochenmarkstransplantation innerhalb der letzten zwei Jahre oder unter einer immunsuppressiven Therapie oder mit Graft vs Host Disease	
b) Organtransplantation innerhalb des letzten Jahres oder unter einer immunsuppressiven Therapie oder mit Graft vs Host Disease	
c) Dauernde Kortisontherapie > 20 mg bzw. Prednisonäquivalent/Tag länger als zwei Wochen	
d) Immunsuppression mit Cyclosporin, Tacrolimus, Mycophenolat Azathioprin, Methotrexat Tyrosinkinaseinhibitoren, laufender Biologikatherapie (bei nicht onkologischer Diagnose)	
e) HIV	
f) Andere (bitte spezifizieren):	

Fortgeschrittene chronische Nierenerkrankung	
a) Chronische Niereninsuffizienz mit glomerulärer Filtrationsrate < 45 ml/min	
b) Nierenersatztherapie	
c) St.p. Nierentransplantation	
d) Andere (bitte spezifizieren):	

Diabetes mellitus	
a) Typ I mit regelmäßig erhöhtem HBA1c > 7,5%	
b) Typ II mit regelmäßig erhöhtem HBA1c > 8,5%	
c) Typ I oder II mit Endorganschäden	
d) Andere (bitte spezifizieren):	

Arterielle Hypertonie mit bestehenden Endorganschäden, insbesondere chronische Herz- oder Niereninsuffizienz, oder nicht kontrollierbarer Blutdruckeinstellung.	
---	--

Sonstige schwere Erkrankungen mit funktionellen oder körperlichen Einschränkungen, die einen ebenso schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 wie bei den hier gelisteten Krankheitsbildern annehmen lassen.	
a) Andere (bitte spezifizieren):	

Bevorstehende, elektive Krankenhaus-Aufnahme bei vorhandenem Risikoprofil.	
--	--

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Quellen: Basierend auf den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums vom 12.01.2021 und des Landessanitätsrats für Wien vom 02.03.2021