

Bestätigung der Hochrisikofaktoren für COVID-19 Impfung

Name,

Vorname,

Geburtsdatum

(Patientenkleber)

Hiermit wird bestätigt, dass die obengenannte Person die nachfolgend genannten Kriterien für die COVID-Impfung erfüllt:

Patienten jünger als 75 Jahre mit folgenden Risikofaktoren:

<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	- chronische Herzinsuffizienz ab NYHA II - Symptomatische chron. ischämische Herzkrankheit trotz medizinischer Therapie
<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie	- Therapieresistente (> 160 mmHg) Hypertonie oder Hypertonie mit kardialen Komplikationen oder anderen Endorgan-Schäden
<input type="checkbox"/>	Atemwegs-Erkrankung	- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ab GOLD II - Emphysem/schwere Bronchiektasen - interstitielle Pneumopathie / Lungenfibrose - Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	- Schwere, chronische Niereninsuffizienz ab GFR <30ml/min
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	- Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) mit relevanten Organschäden; oder schlecht eingestellt (HbA1c ≥8%)
<input type="checkbox"/>	Adipositas	- Erwachsene mit einem BMI von ≥35 kg/m ² .
<input type="checkbox"/>	Immundefizienz*, angeborenen oder erworben durch Erkrankung* oder Immunsuppressive Therapie*	Relevante Immundefizienz bei - malignen hämatologische Erkrankungen - Neoplasien/Krebserkrankungen unter aktiver Therapie - immun-vermittelten entzündlichen Erkrankungen (z.B. systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis, Psoriasis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen), welche eine immunsuppressive Therapie erhalten (inkl. Prednisolon-Äquivalent >20 mg/Tag, steroidsparende Therapien und Biologika). - HIV-Infektion- ab CD4+ T Zellzahl < 200 / µL. - Organtransplantierte, Knochenmark- oder Stammzell-Transplan-
<input type="checkbox"/>	Trisomie 21	

Bitte entsprechendes Risiko ankreuzen

Ort, Datum:

Unterschrift / Stempel des Arztes