

# ÄRZTLICHES IMPFATTEST

## COVID-19 IMPFUNG



Herr / Frau \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

(PLZ, Wohnort, Strasse, Hausnummer)

Nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung durch die betreuende Fachärztin/den betreuenden Facharzt erfüllt der Patient die folgenden Kriterien "Risikopatient" der EKIF:

<b>Herzerkrankung</b>	- chronische Herzinsuffizienz ab NYHA II - Symptomatische chron. ischämische Herzkrankheit trotz medizinischer Therapie	<input type="checkbox"/>
<b>Arterielle Hypertonie</b>	- Therapieresistente (> 160 mmHg) Hypertonie oder Hypertonie mit kardialen Komplikationen oder anderen Endorgan-Schäden	<input type="checkbox"/>
<b>Atemwegs-Erkrankung</b>	- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ab GOLD II - Emphysem/schwere Bronchiektasen - Interstitielle Pneumopathie/Lungenfibrose - Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität	<input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankung</b>	- Leberzirrhose mit Dekompensation in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenerkrankung</b>	- Schwere, chronische Niereninsuffizienz ab GFR <30ml/min	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes mellitus</b>	- Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) mit relevanten Organschäden; oder schlecht eingestellt (HbA1c ≥ 8 %)	<input type="checkbox"/>
<b>Adipositas</b>	- Erwachsene mit einem BMI von ≥ 35 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
<b>Immundefizienz, angeborenen oder erworben durch Erkrankung oder Immunsuppressive Therapie</b>	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-Transplantierte sowie Personen auf einer Warteliste für Transplantationen	<input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel