

Formular

Hiermit bescheinige ich, dass Frau/Herr

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO)
(Epidemiologisches Bulletin 2/2021 mit Aktualisierung vom 29.01.2021)

(Zutreffenden Absatz bitte ankreuzen und nichtzutreffenden Absatz bitte streichen)

aufgrund ihrer/seiner **Vorerkrankung mit hohem Mortalitätsrisiko** im Zusammenhang mit einer Sars-CoV-2-Infektion (Z. n. *Organtransplantation, Adipositas (BMI > 30) oder chronische Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus (mit HbA1c ≥ 58 mmol/mol bzw. $\geq 7,5\%$), COPD, nicht in Remission befindlichen Krebserkrankungen oder Krebserkrankungen vor oder während einer Krebsbehandlung oder einer onkologischen Anschlussrehabilitation (AHB), Trisomie 21, Demenz, psychiatrische Erkrankungen (bipolare Störung, Schizophrenie und schwere Depression), chronische Lebererkrankung (siehe auch Kapitel 10.1.2. der Empfehlungen der STIKO: Personen mit Vorerkrankungen) in die **Impf-Indikationsgruppe 3** einzuordnen ist.*

aufgrund Ihrer/seiner Vorerkrankung mit **moderat erhöhtem Mortalitätsrisiko** im Zusammenhang mit einer Sars-CoV-2-Infektion *Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen, Immunkompromittierung, HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen (Morbus Addison, Autoimmun Polyendokrinopathie Typ 1), rheumatische Erkrankungen, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus (mit HbA1c < 58 mmol/mol bzw. < 7,5%), Arrhythmie/Vorhofflimmern, Koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankungen/Apoplex, arterielle Hypertonie, Cushing-Syndrom, Hyperaldosteronismus, Nebennierenrindeninsuffizienz, (siehe auch Kapitel 10.1.2. der Empfehlungen der STIKO: Personen mit Vorerkrankungen) in die **Impf-Indikationsgruppe 4** einzuordnen ist.*

Bei der Priorisierung innerhalb der COVID-19-Impfempfehlung der STIKO können nicht alle Krankheitsbilder oder Impfindikationen berücksichtigt werden. Deshalb sind Einzelfallentscheidungen möglich. Es obliegt den für die Impfung Verantwortlichen, Personen, die nicht explizit genannt sind, in die jeweilige Priorisierungskategorie einzuordnen. Dies betrifft z. B. Personen mit seltenen, schweren Vorerkrankungen, für die bisher zwar keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz bzgl. des Verlaufes einer COVID-19-Erkrankung vorliegt, für die aber ein erhöhtes Risiko angenommen werden kann.

Ort, Datum

Name, Vorname behandelnde/r Ärztin/Arzt

Unterschrift/Stempel behandelnde/r Ärztin/Arzt