

Corona Schutzimpfung

Voranmeldung

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Geschlecht

männlich

weiblich

Versicherungsnummer (XXXXTTMMJJ)

Ich habe keine österreichische Sozialversicherungsnummer

Adresse – wo wohnen sie?

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Tür

Ort

Kontakt – wie können wir Sie kontaktieren

Telefon Nummer

SMS

Email Emailadresse

Die Impfung

Sie können sich auch bei Ihrem Hausarzt impfen lassen

Wir die Impfung durch einen Hausarzt gewünscht

Ja nein

Name des Hausarztes

Aufsuchen einer regionalen Impfstelle möglich.

Ja nein

Vertreter

Falls Sie sich von einem Vertreter anmelden lassen wollen, geben Sie bitte dessen Daten an.

Anmeldung durch einen Vertreter?

Ja nein

Vorname (Vertreter)

Nachname (Vertreter)

Telefonnummer (Vertreter)

Email (Vertreter)

Gesundheitsfragen:

Haben Sie Vorerkrankungen **mit besonders hohem** Risiko?

Ja nein

Sind Sie engste Kontaktperson von Personen **mit besonders hohem** Risiko?

Ja nein

Beispiele von Vorerkrankungen oder körperliche Gegebenheiten mit **besonders hohem Risiko** für schweren Verlauf von COVID-19, sofern Impfung möglich/zugelassen (bitte konsultieren Sie vor der Impfung den zuständigen Arzt!):

- Trisomie 21
- Personen mit Demenz, intellektuellen oder körperlichen Behinderungen in Betreuungseinrichtungen
- Fortgeschrittene oder chronische Lungenkrankheit (tägliche Therapie nötig)
- Chronische Herzerkrankung, die dauerhaft therapiebedürftig ist
- Aktive Krebserkrankung (therapiert in den letzten 6 Monate) oder Metastasen
- Behandlung mit einer dauerhaften Immunsuppression
- Chronische Dialyse oder fortgeschrittene chronische Nierenerkrankung
- Fortgeschrittene chronische Lebererkrankung (Leberzirrhose)
- Ausgeprägte Fettleibigkeit (Adipositas) ab Grad III mit einem BMI von 40 oder mehr
- Diabetes Mellitus mit Endorganschäden oder bestimmten erhöhten Kontrollwerten
- Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) mit bestehenden Endorganschäden

Haben Sie Vorerkrankungen **mit hohem** Risiko?

Ja nein

Sind Sie engste Kontaktperson von Personen **mit hohem** Risiko?

Ja nein

Beispiele von Vorerkrankungen oder körperliche Gegebenheiten mit **erhöhtem Risiko** für schweren Verlauf von COVID-19, sofern Impfung möglich/zugelassen und nicht in der Auflistung mit besonderem hohem Risiko angeführt (bitte konsultieren Sie vor der Impfung den zuständigen Arzt!):

- Personen mit Demenz oder intellektuellen Behinderungen außerhalb von Betreuungseinrichtungen
- Personen mit körperlichen Behinderungen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 zur Folge haben
- Fettleibigkeit (Adipositas) ab BMI größer als 30
- Chronische Nieren- oder Lebererkrankung
- Immunschwäche
- Diabetes Mellitus
- Herzrhythmusstörung (Arrhythmie)/Vorhofflimmern
- HIV-Infektion
- Koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen/Schlaganfall (Apoplex)
- Autoimmunerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
- Krebserkrankungen
- Bluthochdruck
- Rheumatische Erkrankungen
- Asthma bronchiale

Arbeiten Sie in der mobilen Pflege, Betreuung oder in der 24-Stunden-Pflege?

Ja nein

Sind Sie enge Kontaktperson einer Schwangeren?

Ja nein

Datenschutzinformation

Ich erteile die ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung der benötigten, personenbezogenen Daten zum Zweck der Voranmeldung einer COVID-19-Impfung, der Impfplanung, sowie interner statistischer (anonymisierter) Auswertungen. Wenn ich eine andere Person vormerke, bestätige ich, dass ich die ausdrückliche Zustimmung der vorzumerkenden Person zur Einwilligung in die Verarbeitung habe. Ich bestätige auch die Richtigkeit der persönlichen Daten. Ebenso bestätige ich, die [Datenschutzinformationen \(hier klicken\)](#) gelesen zu haben.