

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

Ohne Angabe einer Emailadresse ist eine Online-Anmeldung nicht möglich!

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 Lungenerkrankung
- 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

Gesundheitsberufe:

Üben Sie einen niedergelassenen und/oder mobilen, nicht ärztlichen Gesundheitsberuf mit direktem Körperkontakt aus, z.B. als Physio- oder Ergotherapeut? * ja nein

Üben Sie einen niedergelassenen und/oder mobilen, nicht ärztlichen Gesundheitsberuf ohne direkten Körperkontakt aus, z.B. in der Logopädie, als medizinisch technische Assistent*in (MTA) oder in der Beratung? * ja nein

Sind Sie eine Person mit regelmäßiger Tätigkeit oder regelmäßigem Aufenthalt in medizinischen Einrichtungen? * ja nein

Machen Sie derzeit eine gesundheitsberufliche Ausbildung inkl. Praktikum mit direktem Kontakt zum Patienten, z.B. in einem Krankenhaus? * ja nein

Menschen mit Behinderung

Gehören Sie zu der Gruppe von Personen mit Behinderung, die persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz beziehen? * ja nein

Sind Sie Assistent*in oder engste Kontaktperson einer Person mit Behinderung, die ein persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? * ja nein

Sind Sie eine Person mit Trisomie 21 (Down-Syndrom)? * ja nein

Sind Sie engste Kontaktperson einer Person mit Trisomie 21 (Down-Syndrom)? * ja nein

Sind Sie eine Person, die eine mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? * ja nein

Sind Sie engste Kontaktperson einer Person, die eine stationäre, teilstationäre, mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? * ja nein

Sind Sie Mitarbeiter*in bei Trägern nach dem Stmk. Behindertengesetz, die mobile oder ambulante Dienste anbieten? * ja nein

Bildungspersonal

Gehören Sie zum Personal in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen? * ja nein

Gehören Sie zum schulischen Personal? * 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.