

Anordnung einer Covid-19-Impfung durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt
Durchführung an einem kantonalen Impfzentrum

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Vorname

Name

Adresse

Geburtsdatum

2. Krankheitsdefinitionen für Personen ab 16 Jahre mit dem höchsten Risiko gemäss BAG-Richtlinien*

- Arterielle Hypertonie** (Therapieresistente (> 160 mmHg) Hypertonie oder Hypertonie mit kardialen Komplikationen oder anderen Endorgan-Schäden)
- Herzerkrankung** (chronische Herzinsuffizienz ab NYHA II, Symptomatische chron. ischämische Herzkrankheit trotz medizinischer Therapie)
- Diabetes mellitus** (Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) mit relevanten Organschäden; oder schlecht eingestellt [HbA1c \geq 8%])
- Atemwegs-Erkrankung** (chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ab GOLD II, Emphysem/schwere Bronchiektasen, interstitielle Pneumopathie / Lungenfibrose, Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität)
- Lebererkrankung** (Leberzirrhose mit Dekompensation in der Vorgeschichte)
- Nierenerkrankung** (Schwere, chronische Niereninsuffizienz ab GFR <30ml/min)
- Immundefizienz** (Relevante Immundefizienz bei malignen hämatologischen Erkrankungen, Neoplasien/Krebserkrankungen unter aktiver Therapie, immunvermittelten 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 / μ L, Organtransplantierte, Knochenmark- oder Stammzell-Transplantierte sowie Personen auf einer Warteliste für Transplantationen)
- Adipositas** (Erwachsene mit einem BMI von \geq 35 kg/m²)
- Trisomie 21** (Erwachsene ab 18 Jahre mit Trisomie 21)

Bemerkungen:

3. Bestätigung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und ordnet eine Covid-19-Impfung an einem kantonalen Impfzentrum für die genannte Patientin / den genannten Patienten an.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin

.....

.....

Dieses Formular ist ausgefüllt und unterzeichnet zur Impfung mitzubringen. Wir empfehlen, sich auf meineimpfungen.ch zu registrieren (elektronischer Impfausweis) oder sofern vorhanden das Impfbüchlein bereitzuhalten.

Anmeldung zum Impfen (Impfungen nur nach vorgängiger Anmeldung)

- Kantonales Impfzentrum (Solothurn, Olten und Breitenbach)
- Telefonisch über die Kantonale Infoline 032 627 74 11
- Onlineanmeldung via «<https://so.impfung-covid.ch>»

Weitere Informationen

<https://so.ch/coronaimpfung>