

Bestätigung einer chronischen Erkrankung mit höchstem Risiko durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt:

Für eine Covid-19-Booster-Impfung am kantonalen Impfzentrum Mitte in Muttenz, in Arztpraxen und Apotheken für Personen im Alter unter 65 Jahre.

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

2. Bestätigung und Unterschrift durch behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Der/Die Unterzeichnete bestätigt, dass die oben angeführte Person an einer chronischen Erkrankung mit höchstem Risiko gemäss BAG/EKIF Covid-19 Impfeempfehlung leidet. Falls das Alter zum Zeitpunkt der Impfung mindestens 16 Jahre beträgt, kann sich diese Person für die Impfung gegen Covid-19 beim kantonalen Impfzentrum Mitte in Muttenz, in den impfenden Arztpraxen und Apotheken anmelden.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt

| Erkrankungsgruppe / Chronische Krankheiten mit höchstem Risiko | |
|--|--|
| Herzerkrankung | - Chronische Herzinsuffizienz ab NYHA II - Symptomatische chron. ischämische Herzkrankheit trotz medizinischer Therapie |
| Arterielle Hypertonie | - Therapieresistente (> 160 mmHg) Hypertonie oder Hypertonie mit kardialen Komplikationen oder anderen Endorgan-Schäden |
| 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 |
| Diabetes mellitus | - Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2) mit relevanten Organschäden; oder schlecht eingestellt (HbA1c ≥ 8 %) |
| Adipositas | - Erwachsene mit einem BMI von ≥ 35 kg/m ² |
| Immundefizienz, angeboren oder erworben durch Erkrankung oder Immunsuppressive Therapie | 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 |
| Trisomie 21 | Erwachsene mit Trisomie 21 |

→ Impf-Termine nur nach vorgängiger Anmeldung online www.bl.ch/impfen

→ Dieses Formular muss ausgefüllt und unterzeichnet zur Impfung mitgebracht werden.