

**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)
- 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 /  $\mu$ L, Organtransplantierte, Knochenmark- oder Stammzell-Transplantierte sowie Personen auf einer Warteliste für Transplantationen)
- Adipositas** (Erwachsene mit einem BMI von  $\geq$ 35 kg/m<sup>2</sup>.)

Bemerkungen:

\* BAG/EKIF-Dokument «Impfempfehlung für den mRNA-Impfstoff Comirnaty für den Beginn des Covid-19-Impfprogramms», Stand 21.12.20, Tabelle 2

### 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](https://meineimpfungen.ch) zu registrieren (elektronischer Impfausweis) oder sofern vorhanden das Impfbüchlein bereitzuhalten.**

#### **Anmeldung zum Impfen (Impfungen nur nach vorgängiger Anmeldung)**

- Kantonales Impfzentrum (aktuell nur Solothurn, ab 8. Februar 2021 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>