

Datenblatt

Voranmeldung Personen < 80

COVID – 19 – Impfungen

- ✓ **Folgende Daten sind für die Anmeldung erforderlich.**
- ✓ **Die Bekanntgabe der Daten ist freiwillig.**
- ✓ **Wenn Sie diese Daten bekanntgeben, stimmen Sie auch der Datenverarbeitung durch die Gemeinde St. Stefan ob Leoben und das Land Steiermark sowie temporären Datenspeicherung zu.**

Vor- / Nachname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Wie dürfen wir Sie kontaktieren!	<input type="checkbox"/> E – Mail <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Telefonisch
(Mobil) Telefonnummer	
E – Mail Adresse	
Sozialversicherungsnummer	Oder <input type="checkbox"/> Ich habe keine österreichische Versicherungsnummer
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Hausarzt	

Anmeldung durch Angehörige / betreuende Person oder Vorsorgebevollmächtigten oder Erwachsenenvertreter:

Vor- / Nachname dieser Person	
(Mobil)Telefonnummer dieser Person	
E – Mail Adresse dieser Person	

Wird die Impfung beim Hausarzt gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufsuchen einer regionalen Impfstelle möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte beantworten Sie auch sämtliche Fragen auf den Folgeseiten !!!



Risikogruppe

Bitte lesen Sie die Fragen sowie die **Erläuterungen** genau durch und beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß!

Haben Sie Vorerkrankungen mit **besonders hohem Risiko** Ja Nein

Sind Sie engste Kontaktperson von Personen mit besonders hohem Risiko Ja Nein

Was bedeutet **besonders hohes Risiko** (Beispiele von Vorerkrankungen oder körperliche Gegebenheiten mit besonders hohem Risiko)

- 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 Monaten) 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 ≥ 40
- 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

Was bedeutet **hohes Risiko** (Beispiele von Vorerkrankungen oder körperliche Gegebenheiten mit hohem Risiko)

- Personen mit Demenz, intellektuellen oder körperlichen 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 Grad III mit einem BMI ≥ 30
- Chronische Nieren- oder Lebererkrankung
- Immunschwäche
- Diabetes Mellitus
- Herzrhythmusstörung (Arrhythmie), Vorhofflimmern
- HIV – Infektion
- Koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen / Schlaganfall (Apoplexie)
- 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

Sind Sie in einer Kindereinrichtung tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja	Name der Kindereinrichtung _____	
Sind Sie in einer Bildungseinrichtung tätig?.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja	Name der Bildungseinrichtung _____	
Behindertenentgelt		
Gehören Sie zu der Gruppe von Personen mit Behinder, die persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz beziehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Assistentin oder engste Kontaktperson einer Person mit Behinderung, die ein persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Down Syndrom		
Sein Sie eine person mit Trisomie 21 (Down Syndrom)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sie Sie engste Kontaktperson einer Person mit Trisomie 21 (Down Syndrom)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Behindertenhilfe		
Sind Sie eine Person, die eine mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitarbeiterin bei Trägern nach dem Stmk. Behindertengesetz, die mobile oder ambulante Dienste anbieten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie engste Kontaktperson einer Person, die eine stationäre, teilstationäre, mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein