|  |  |
| --- | --- |
| ***Gesundheitsamt****Kantonsärztlicher Dienst**Ambassadorenhof / Riedholzplatz 3 4500 Solothurn**Telefon 032 627 93 71* *gesundheitsamt@ddi.so.ch* |  |

**Anordnung einer Covid-19-Impfung durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt**

Durchführung an einem kantonalen Impfzentrum

1. **Angaben zur Patientin / zum Patienten**

Vorname PAT\_FIRSTNAME

Name PAT\_LASTNAME

Adresse PAT\_STREET, PAT\_ZIP PAT\_CITY

Geburtsdatum PAT\_BIRTHDATE

1. **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 ≥8%])

***[ ]* Atemwegs-Erkrankung** (chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ab GOLD II, Emphy-sem/schwere Bronchiektasen, interstitielle Pneumopathie / Lungenfibrose, Krankheiten mit einer schwer verminderten Lungenkapazität)

***[ ]* Nierenerkrankung** (Schwere, chronische Niereninsuffizienz ab GFR <30ml/min)

***[ ]* Immundefizienz (**Relevante Immundefizienz bei malignen hämatologische Erkrankungen, Neo-plasien/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 Zell-zahl < 200 / μL, Organtransplantierte, Knochenmark- oder Stammzell-Transplantierte sowie Perso­nen auf einer Warteliste für Transplantationen)

***[ ]* Adipositas** (Erwachsene mit einem BMI von ≥35 kg/m2.)

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 Ärztin/Arzt |
| MANDANT\_CITY, 01.01.2021 | MANDANT\_SALUTATION MANDANT\_TITLEMANDANT\_FIRSTNAME MANDANT\_LASTNAMEMANDANT\_STREETMANDANT\_ZIP MANDANT\_CITY MANDANT\_MAILPRAXISMANDANT\_PHONE MANDANT\_FAX…………………………………………………………… |

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

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

* Kantonales Impfzentrum (aktuell nur Rythalle Solothurn)
* Telefonisch über die Kantonale Infoline 032 627 74 11
* Die Möglichkeit einer Online-Anmeldung erfolgt später

**Weitere Informationen**

<https://so.ch/coronaimpfung>