

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



MEDIZINISCHE INDIVIDUALPRÜFUNG ZUR BEVORZUGTEN SARS-COV-2-SCHUTZIMPfung

gemäß Paragraf 3 Abs. 1 Nr. 2j der der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (CoronaImpfV)

Verfahrenshinweis: Die medizinische Individualprüfung dient dazu festzustellen, ob bei Ihnen im Einzelfall aufgrund besonderer Umstände ein (sehr) hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-Cov-2 besteht. Grundlage hierfür ist die Coronavirus-Impfverordnung in der Fassung vom 24.02.2021 (§ 3 Abs. 1 Nr. 2j).

- Dieses Formular ist von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt auszufüllen.
- Wird eine bevorzugte SARS-CoV-2-Schutzimpfung empfohlen, kann eine Impftermin gebucht werden, sofern bzw. sobald die empfohlene Priorisierungsgruppe impfberechtigt ist. Informationen über die aktuell impfberechtigte Prioritätengruppe(n) finden Sie auf www.impfen-sh.de.
- Zum vereinbarten Impftermin müssen Sie dieses Dokument der Impfärztin oder dem Impfarzt im Impfzentrum vorlegen. Diese oder dieser entscheidet dann darüber, ob Sie eine Impfung erhalten.



I. MEDIZINISCHE BEFUNDE

Bitte markieren Sie die vorliegenden Erkrankungen.

| | |
|---|---|
| Erkrankungen des Immunsystems/ Immunschwäche | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion, Immundefizienz, Autoimmunerkrankung |
| | Andere: |
| Kardiovaskuläre Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie |
| | Andere: |
| Pulmonale Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| | Andere: |
| Maligne Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Behandlungsfreie, in Remission befindliche Krebserkrankung, wenn Remissionsdauer > 5 Jahre |
| | Andere: |
| Metabolische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit HbA1c < 58 mmol/mol oder < 7,5 %), Adipositas BMI über 30 |
| | Andere: |
| Weitere internistische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung |
| | Andere: |
| Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Apoplex/zerebrovaskuläre Erkrankung, andere chronische neurologische Erkrankung |
| | Andere: |
| Psychiatrische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |

II. ÄRZTLICHE EMPFEHLUNG ZUR EINORDNUNG

- Nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall wird ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt. Die Schutzimpfung sollte daher mit hoher Priorität erfolgen (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe j)

III. BEGRÜNDUNG, AUF DEREN GRUNDLAGE DIESE EINSCHÄTZUNG BASIERT, UND WEITERE ANMERKUNGEN

Angaben bitte in Druckbuchstaben, unleserliche Angaben können nicht berücksichtigt werden!

Bitte stellen Sie eine Vergleichbarkeit zu den in der CoronaimpfV genannten Erkrankungen her und gehen auf den Schweregrad der Erkrankung(en) ein. Die Ausprägung der Erkrankung(en) soll **auch im Vergleich zu anderen an der gleichen Erkrankung leidenden Patientinnen und Patienten** dargestellt werden.



IV. PERSONENBEZOGENE DATEN DER BEHANDELNDEN ÄRZTIN ODER DES BEHANDELNDEN ARZTES

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Fachrichtung | |

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

ÄRZTLICHES ZEUGNIS DER NACH § 6 ABS. 6 CORONAIMPFV BEAUFTRAGTEN STELLE



I. PERSONENBEZOGENE DATEN DER IMPFÄRZTIN ODER DES IMPFARZTES

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Impfzentrum | |

II. ENTSCHEIDUNG

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ich schließe mich der Empfehlung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes an. Da die antragstellende Person damit aktuell impfberechtigt ist, erhält sie heute eine Impfung. |
| <input type="checkbox"/> | Ich schließe mich der Empfehlung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht an und stelle stattdessen eine Impfberechtigung in der niedrigeren Priorität fest. Die antragstellende Person ist daher aktuell noch nicht impfberechtigt.* (Bsp.: Empfehlung des behandelnden Arztes: § 3. Feststellung des Impfarztes: § 4). |
| <input type="checkbox"/> | Nach individueller ärztlicher Beurteilung sehe ich keine Veranlassung für eine priorisierte Impfberechtigung. Eine Impfung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2j oder § 4 Abs. 1 Nr. 2i CoronaimpfV wird daher abgelehnt. |

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Impfzentrum

Stand: März 2021

* In diesem Fall kann ein Impftermin über das Terminvergabeportal gebucht werden, sobald die Impfungen in der entsprechenden Priorisierungsgruppe beginnen. Informationen über die aktuell impfberechtigte Prioritäten-gruppe(n) finden Sie auf www.impfen-sh.de.