

Erfassung von Kontaktpersonen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 a und b der Coronavirus-Impfverordnung

Hinweis: Auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) vom 08.02.2021 können sich Kontaktpersonen von häuslich untergebrachten pflegebedürftigen Personen und Schwangeren mit hoher Priorität gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 impfen lassen. Bitte füllen Sie hierzu dieses Formular aus und legen es zu Ihrem vereinbarten Impftermin im Impfzentrum vor. Zusammen mit dem Formular muss eine beidseitige Kopie des Personalausweises der pflegebedürftigen / schwangeren Person eingereicht werden.

Zum Nachweis einer bestehenden Schwangerschaft kann die Kopie eines ärztlichen Attestes verwendet werden. Alternativ kann Seite 2 des Mutterpasses in Kopie vorgelegt werden. Medizinisch sensible Befunde dürfen geschwärzt werden.

Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit bitten den entsprechenden Bescheid der Pflegekasse in Kopie vorlegen.

Andernfalls erhalten Sie keine Impfung.

Jede Person, die enge Kontaktpersonen ernennen darf, kann dies nur für zwei Personen tun! Sollten bereits weitere Kontaktpersonen ernannt worden sein oder der pflegebedürftigen / schwangeren Person zugeordnet werden können, kann eine Impfung untersagt werden.

Alle weiteren Informationen rund um das Thema Impfen finden Sie unter: www.impfen-sh.de.

I. Personenbezogene Daten der ernannten Kontaktperson

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse | |
| Mindestens eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten: E-Mail, Telefonnr. | |

II. Grund der Impfberechtigung

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin Kontaktperson einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person |
| <input type="checkbox"/> | mit einem Alter von ≥ 70 Jahren (gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 a Var. 1) |
| <input type="checkbox"/> | mit einer / mehrerer der folgenden Erkrankung(en) (gem. § 3 Abs. 1 Nr. 3 b Var. 2) Bitte kreuzen Sie die vorliegende(n) Erkrankung(en) an: |
| <input type="checkbox"/> | a) Trisomie 21 |
| <input type="checkbox"/> | b) Nach Organtransplantation |
| <input type="checkbox"/> | c) Demenz, geistige Behinderung oder schwere psychiatrische Erkrankung (insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression) |
| <input type="checkbox"/> | d) Maligne hämatologische Erkrankung oder behandlungsbedürftige solide Tumorerkrankung, die nicht in Remission ist oder deren Remissionsdauer < 5 Jahre beträgt |
| <input type="checkbox"/> | e) Interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder eine andere, ähnlich schwere chronische Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | f) Diabetes mellitus mit $\text{HbA1c} \geq 58$ mmol/mol oder $\geq 7,5\%$ |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | g) Leberzirrhose oder andere chronische Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> | h) Chronische Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | i) Adipositas mit Body –Mass-Index > 40 |
| <input type="checkbox"/> | j) mit nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall sehr hohem oder hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin Kontaktperson einer schwangeren Person (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 b) |

III. Personenbezogene Daten der pflegebedürftigen / schwangeren Person

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse | |
| Mindestens eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten: E-Mail, Telefonnr. | |

IV. Ernennung als Kontaktperson durch

Hinweis: Sollte/n durch die pflegebedürftige / schwangere Person bereits weitere Kontaktperson/en ernannt worden sein bzw. dieser Person zugeordnet sein, kann eine Impfung untersagt werden. Auch in Großfamilien kann eine pflegebedürftige / schwangere Person ausschließlich zwei Kontaktpersonen ernennen!

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | die unter III. genannte Person selbst |
| <input type="checkbox"/> | eine/n gesetzliche/n Vertreter/in, Vormund oder Bevollmächtigte/n der unter III. genannten Person (Füllen Sie in diesem Fall bitte die Tabelle unter V. aus) |

V. Personenbezogene Daten der/des gesetzliche/n Vertreter/in, des Vormunds oder der/des Bevollmächtigten

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse | |
| Mindestens eine der folgenden Kontaktmöglichkeiten: E-Mail, Telefonnr. | |

VI. Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift pflegebedürftige / schwangere Person /
gesetzliche/r Vertreter/in; Vormund; Bevollmächtigte/r

Ort, Datum Unterschrift ernannte Kontaktperson