



# Anmeldung Covid-19-Impfambulanz

zur weiteren Abklärung und Impfung sofern fachlich möglich

Impfstraße	
Name der verantwortlichen Ärztin / des verantwortlichen Arztes	
Telefonnummer für Rückfragen	

## Zu impfende Person:

Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
Sozialversicherungsnummer	
Offizieller Impftermin in der Impfstraße	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

## Überweisungsgrund (gemäß Leitfaden Allergien auf COVID-19 Impfstoffe der ÖGAI):

- Allergische Sofortreaktion (Urtikaria, Atemnot, Kreislaufreaktion, Schock) innerhalb weniger Minuten bis Stunden nach einer COVID-Impfung
- Bekannte allergische Soforttyp-Reaktion auf Polysorbat 80 (Tween 80), PEG (Polyethylenglycol) oder ein PEG-haltiges Arzneimittel (z.B. Laxantien, Darmspüllösungen vor Endoskopie)
- Anaphylaxie mit Schock/Reanimation oder schwere allergische Reaktion (mit Luftnot und/oder Krämpfen und /oder Kreislaufreaktionen) unklarer Ursache (trotz ggfls. allergologischer Austestung)
- Anaphylaxie mit Schock/Reanimation oder schwere allergische Reaktion (mit Luftnot und/oder Krämpfen und /oder Kreislaufreaktionen) nach verschiedenen unterschiedlichen Medikamentengaben (v.a. parenterale Medikamente, Medikamente aus verschiedenen Arzneimittelgruppen)
- Anaphylaxie mit Schock/Reanimation nach anderer Impfung
- Systemische Mastozytose

## Nähere Angaben:

---

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin /  
des verantwortlichen Arztes