**Zuweisungsformular**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum positiver PCR-Test: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnose *(bitte ankreuzen)*:

* Alter > 50 Jahre
* nicht vollständig geimpft oder ungeimpft
* Übergewicht mit einem Body-Mass-Index (BMI) größer 30
* Diabetes mellitus Typ 1 / Typ 2
* Bluthochdruck
* Krebserkrankung
* Gefäßerkrankung
* chronische Lungenerkrankung
* chronische Nierenerkrankung / speziell mit Dialysepflicht
* chronische Leberkrankung
* Immunsuppression
* Demenz
* Trisomie 21
* Schwangerschaft
* Schlaganfall (in den letzten Jahren)
* Herzinfarkt (in den letzten Jahren)
* Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte vereinbaren Sie einen Termin in folgender Ambulanz zu den Ambulanzzeiten von Mo – Fr *(bitte ankreuzen)*:

* *Klinikum Wels 07242 415 2612*
* *Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr 0 50554 66 24253*
* *Salzkammergut Klinikum Gmunden 0 50554 73 24500*
* *Krankenhaus Barmherzige Schwestern Ried 0 7752 602 3280*
* *Klinikum Rohrbach 0 50554 77 0*
* *Klinikum Freistadt 0 50554 76 24242*
* *Klinikum Schärding 0 50554 78 24201*
* *Linz – jeweiliges Aufnahmekrankenhaus am Aufnahmetag im Zeitraum 9 – 14 Uhr:*
  + *KUK 05 7680 83 - 5005*
  + *Ordensklinikum Barmherzige Schwestern 0732 7677 - 7480*
  + *Ordensklinikum Elisabethinen 0732 7676 - 4150*
  + *Barmherzige Brüder 0732 7897 - 21619*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes*

**Diese Zuweisung ist zur medikamentösen Behandlung mitzunehmen und vorzuzeigen!**