

# Formblatt Impfbefreiung zur Vorlage beim Amts- oder Epidemiarzt



Hinweis: Bei diesem Formblatt handelt es sich um keine Bestätigung des Vorliegens eines Impfpflicht-Befreiungsgrundes durch dazu befugte Stellen.

## Personendaten

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Nachgestellte Titel \_\_\_\_\_

Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Kategorie (bitte ankreuzen)

- Schwangerschaft
- Allergie beziehungsweise Überempfindlichkeit gegen einzelne Inhaltsstoffe, die in allen zentral zugelassenen und in Österreich verfügbaren COVID-19-Impfstoffen enthalten sind
- Akuter Schub einer schweren inflammatorischen Erkrankung/Autoimmunerkrankung
- Molekularbiologisch bestätigte Infektion mit SARS-CoV-2 oder akute, schwere, fieberhafte Erkrankung oder Infektion bis zur Genesung oder Stabilisierung des Krankheitszustandes
- Multimorbidität mit Dekompensation mehrerer Organsysteme, aufgrund deren eine Impfuntauglichkeit vorliegt
- Vermutete schwerwiegende Impfnebenwirkung gemäß § 2b Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes (AMG), BGBl. Nr. 185/1983, bei der eine wahrscheinliche Kausalität zur Impfung bestätigt oder in Abklärung ist
- Personen, bei denen aus folgenden medizinischen Gründen eine ausreichende Immunantwort auf eine Impfung gegen COVID-19 nicht zu erwarten ist:
  - Knochenmark- oder Stammzelltransplantation
  - Organtransplantation
  - dauernde Kortisontherapie > 20 mg bzw. Prednisonäquivalent/Tag länger als zwei Wochen
  - Immunsuppression oder Therapie mit Cyclosporin, Tacrolimus, Mycophenolat Azathioprin, Methotrexat Tyrosinkinaseinhibitoren, laufender Biologikatherapie (bei nicht onkologischer Diagnose)
  - aktive Krebserkrankung mit einer jeweils innerhalb der letzten sechs Monate erfolgten onkologischen Pharmakotherapie (Chemotherapie, Biologika) und/oder einer erfolgten Strahlentherapie oder metastasierende Krebserkrankung auch ohne laufende Therapie
  - sonstige schwere Erkrankung oder körperlicher Zustand, der eine vergleichbare immunologische Lage bedingt
- Zumindest dreimalige Impfung gegen COVID-19, nach der keine Immunantwort auf die Impfung ausgebildet wurde

## Diagnose

---

---

---

---

---

## Begründung

---

---

---

---

---

## Vorgelegte Befunde

---

---

---

---

---

Voraussichtliche Dauer des akuten bzw. aktiven Krankheitszustandes bis \_\_\_\_\_

Bei Schwangerschaft, der voraussichtliche Geburtstermin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel  
des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin