

Vorlage schriftliche Zuweisung zur mk Antikörper Therapie bei COVID-19**Angaben zu Patienten:**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon Patient (für Termin-
Vereinbarung)

Datum Symptombeginn

Datum SARS-CoV-2 Test

Testart

- Antigen-Test
- PCR, falls PCR bitte Kontaktdaten Labor (wichtig für allfällig Mutationsbestimmung):

.....

Vorerkrankungen, welche für eine mkAk Therapie qualifizieren (gemäss Kriterienliste Clinical Care group).

- Immunsuppression
- Erwachsene mit Trisomie 21
- Herz-Kreislauf-erkrankung oder Bluthochdruck mit Endorganschaden
- Chronische Lungenerkrankung inkl. unkontrolliertes schweres Asthma
- Diabetes
- Krebs
- Adipositas mit BMI > 35 kg/m²
- Leberzirrhose
- Chron. Niereninsuffizienz ab GFR < 30ml/min oder Hämodialyse/Peritoneal Dialyse

➔ Bitte aktuelle Diagnoseliste und Medikationsliste beifügen

Zusatzangaben:

Vollständig geimpft (2 Impfungen oder 1 Impfung bei St.n. COVID-19)

- Nein
- Unbekannt
- Ja, falls ja, Datum letzte Covid-19 Impfung:

Früher durchgemachte Covid-19 Erkrankung

- Nein
- Unbekannt
- Ja, falls ja, Datum Diagnose:

Datum: Unterschrift/Stempel Zuweiser:

**➔ Bitte Formular ausgefüllt mit Priorität hoch senden an infektiologie.ksm@stgag.ch
(Betreff: mk Antikörper)**