

# Einmeldung von positiv getesteten Personen für eine mögliche Therapie mit COVID-19-Arzneimitteln



Formular senden an:  
[asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at](mailto:asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at)

1.	<input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname
	<input type="text"/> - <input type="text"/> SV-Nr. - Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<b>Geschlecht:</b> Männlich Weiblich Divers
	<input type="text"/> Straße, Hausnummer	<input type="text"/> PLZ
	<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> Ort
		<input type="text"/> E-Mail

2.	<b>Positiver PCR-Test am:</b> <input type="text"/>	<b>Symptombeginn am:</b> <input type="text"/>	(Datum im Format TT.MM.JJJJ)
----	--	---	------------------------------

3.	<b>Diagnosen und Risikofaktoren</b>	<b>Ergänzungen</b>
	Alter > 50 Jahre BMI > 30 Schwangerschaft Kardiovaskuläre Erkrankung Diabetes Mellitus Chronische Lebererkrankung Chronische Nierenerkrankung Immunsuppression / Onkologische Erkrankung	Sichelzellanämie Chronische Lungenerkrankung Thalassämie Down-Syndrom (Trisomie 21) Cerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B.: Schlaganfall)
		<input type="text"/> (Absatz mit "Alt" und "Enter")

4.	<b>Therapie erwünscht?</b>	Therapie erwünscht	Therapie nicht erwünscht
----	----------------------------	--------------------	--------------------------

5.	<b>Therapieempfehlung</b>	Sotrovimab (Xevudy®)	Molnupiravir (Lagevrio®)
----	---------------------------	----------------------	--------------------------

<b>Eingemeldet von:</b>		
<input type="text"/> Datum:	<input type="text"/> Einmeldende Stelle / Einrichtung / Klinik:	<input type="text"/> Name:
<input type="text"/> Telefonnummer	<input type="text"/> E-Mail	

Formular senden an:  
[asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at](mailto:asb-telemedizin@ma15.wien.gv.at)