

Corona Schutzimpfung

Voranmeldung



INFORMATION VORANMELDUNG

Willkommen bei der steirischen Anmeldeplattform zur freiwilligen und kostenlosen Corona-Impfung.

In einem ersten Schritt können sich jetzt alle Personen über 16 Jahre mit Hauptwohnsitz in der Steiermark für eine COVID-19-Schutzimpfung voranmelden. Diese erhalten, nach Priorität und Verfügbarkeit des Impfstoffes, einen Impftermin in einer Impfstraße bzw. bei einer*inem niedergelassenen Ärztin*Arzt, per SMS oder e-Mail.

Der Zeitpunkt der Anmeldung hat **keinen Einfluss auf die Reihung**. Die Reihung erfolgt ausschließlich entsprechend der Impfstrategie des Landes. Im Wesentlichen werden ältere oder jene kranke Personen (und deren engste Kontaktpersonen) vorgereiht, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 haben.

Die maßgeblichen **Vorerkrankungen** sind im anzuklickenden Informationskästchen angeführt. Seien Sie bitte bei der Frage, ob eine dieser Vorerkrankungen auf Sie zutrifft, ehrlich. Bei den Impfstellen kann als Nachweis ein Ärzt*innenbrief verlangt werden. Ohne Nachweis der Vorerkrankung kann es sein, dass die Vorreihung wieder entfällt.

Engste Kontaktpersonen von Personen mit Vorerkrankungen sind beispielsweise Personen, die diese maßgeblich betreuen oder Familienangehörige, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben.

Enge Kontaktpersonen von **Schwangeren** sind beispielsweise der Ehegatte/Lebensgefährte oder Familienangehörige, die mit ihr im gemeinsamen Haushalt leben.

Voranmeldung

Alle Steirerinnen und Steirer.

Hier anmelden

Allgemeine Informationen

Hier finden Sie umfangreiche Informationen zum Thema "Steiermark impft".

[Zu den Informationen](#)

Corona Schutzimpfung

Voranmeldung



INFORMATION VORANMELDUNG

Voranmeldung zur COVID-19 Impfung

Mit * gekennzeichnete Felder sind verpflichtend einzugeben.

Persönliche Daten ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

persönliche Daten

Bitte identifizieren Sie sich.

Vorname *

Nachname (ohne Titel) *

Geburtsdatum *

Geschlecht *

☐ männlich * ☐ weiblich

Sozialversicherungsnummer *

☐ Ich habe keine österreichische Sozialversicherungsnummer bzw. keine Sozialversicherungsnummer, die mit dem Geburtsdatum übereinstimmt.

Adresse

Wo wohnen Sie?

Straße *

Hausnr. *

Tür

Stiege

Postleitzahl *

Ort *

Kontakt

Wie können wir Sie erreichen?

Wie dürfen wir Sie primär kontaktieren? *

☐ Telefon * ☐ SMS * ☐ e-Mail *

(Mobil-) Telefonnummer *

e-Mail *

Unbedingt erforderlich: „JA“ ankreuzen bei „Aufsuchen einer regionalen Impfstelle – **NICHT** HAUSARZT!



Die Impfung

Sie können sich auch bei Ihrer* Ihrem Hausärztin*arzt impfen lassen.

Wird die Impfung durch eine*n Hausärztin*arzt gewünscht? *

☐ ja ☒ nein

Aufsuchen einer regionalen Impfstelle möglich? *

☒ ja ☐ nein

Vertreter*in

Falls sie sich von einem*einer Vertreter*in anmelden lassen wollen, geben Sie bitte dessen Daten an.

Anmeldung durch eine*n Vertreter*in? *

☐ ja ☐ nein

Risikogruppe

Sollte eine Frage auf Sie zutreffen, klicken Sie bitte auf das Kästchen. Die Fragen dienen der bedarfsgerechten Planung für die jeweilige Zielgruppe. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß, bei den Impfstellen werden Sie dazu befragt.

Haben Sie Vorerkrankungen mit **besonders hohem** Risiko? ⁽¹⁾ *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie engste Kontaktperson von Personen mit **besonders hohem** Risiko? ⁽¹⁾ *

☐ ja ☐ nein

¹ Was bedeutet besonders hohes Risiko?

Haben Sie Vorerkrankungen mit **hohem** Risiko? ⁽²⁾ *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie engste Kontaktperson von Personen mit **hohem** Risiko? ⁽²⁾ *

☐ ja ☐ nein

² Was bedeutet hohes Risiko?

Arbeiten Sie in der mobilen Pflege, Betreuung oder in der 24-Stunden-Pflege? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie enge Kontaktperson einer Schwangeren? *

☐ ja ☐ nein

Gesundheitsberufe

Sollte eine Frage auf Sie zutreffen, klicken Sie bitte auf das Kästchen. Die Fragen dienen der bedarfsgerechten Planung für die jeweilige Zielgruppe. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß, bei den Impfstellen werden Sie dazu befragt.

Üben Sie einen niedergelassenen und/oder mobilen, nicht ärztlichen Gesundheitsberuf mit direktem Körperkontakt aus, z.B. als Physio- oder Ergotherapeut? *

☐ ja ☐ nein

Üben Sie einen niedergelassenen und/oder mobilen, nicht ärztlichen Gesundheitsberuf ohne direkten Körperkontakt aus, z.B. in der Logopädie, als medizinisch technische Assistent*in (MTA) oder in der Beratung? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie eine Person mit regelmäßiger Tätigkeit oder regelmäßigem Aufenthalt in medizinischen Einrichtungen? *

☐ ja ☐ nein

Machen Sie derzeit eine gesundheitsberufliche Ausbildung inkl. Praktikum mit direktem Kontakt zum Patienten, z.B. in einem Krankenhaus? *

☐ ja ☐ nein

Menschen mit Behinderung

Sollte eine Frage auf Sie zutreffen, klicken Sie bitte auf das Kästchen. Die Fragen dienen der bedarfsgerechten Planung für die jeweilige Zielgruppe. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß, bei den Impfstellen werden Sie dazu befragt.

Gehören Sie zu der Gruppe von Personen mit Behinderung, die persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz beziehen? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie Assistent*in oder engste Kontaktperson einer Person mit Behinderung, die ein persönliches Budget nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie eine Person mit Trisomie 21 (Down-Syndrom)? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie engste Kontaktperson einer Person mit Trisomie 21 (Down-Syndrom)? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie eine Person, die eine mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie engste Kontaktperson einer Person, die eine stationäre, teilstationäre, mobile oder ambulante Leistung nach dem Stmk. Behindertengesetz bezieht? *

☐ ja ☐ nein

Sind Sie Mitarbeiter*in bei Trägern nach dem Stmk. Behindertengesetz, die mobile oder ambulante Dienste anbieten? *

☐ ja ☐ nein

Bildungspersonal

Wählen Sie Ihre Bildungseinrichtung aus der Liste aus.

Gehören Sie zum Personal in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen? *

☐ ja ☐ nein

Gehören Sie zum schulischen Personal? *

☐ ja ☐ nein

Restliche Abfragen: Zutreffendes ankreuzen

Datenschutzinformation

Wir brauchen Ihre Zustimmung.



Ich erteile die ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung der benötigten, personenbezogenen Daten zum Zweck der Voranmeldung einer COVID-19-Impfung, der Impfplanung, sowie interner statistischer (anonymisierter) Auswertungen. Wenn ich eine andere Person vormerke, bestätige ich, dass ich die ausdrückliche Zustimmung der vorzumerkenden Person zur Einwilligung in die Verarbeitung habe. Ich bestätige auch die Richtigkeit der persönlichen Daten. Ebenso bestätige ich, die [Datenschutzinformationen \(hier klicken\)](#) gelesen zu haben. *

VORANMELDUNG ABSENDEN

Um Voranmeldung absenden zu können ist Erteilung der Zustimmung notwendig.