

Adresskopf ausstellende/r Ärztin/Arzt
Name and address of certifying physician

Ort, Datum
place, date

COVID-19-Risiko-Attest

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass Herr/Frau Name und SV-Nummer der betroffenen Person aufgrund der individuellen gesundheitlichen Situation ein erhöhtes Risiko hat, im Falle einer COVID-19 Infektion einen schweren Krankheitsverlauf durchzumachen. Dadurch wird eine Zugehörigkeit zu einer COVID-19 Risikogruppe begründet.

COVID-19-Risk Certificate

I herewith confirm that, due to an underlying medical condition, (Name, Insurance Number) _____, has according to the attached Austrian Risk analysis for COVID -19, an increased risk of developing severe complications in case of a Covid-19 infection. My patient is therefore considered to belong to the high risk group.

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin
Signature and stamp of treating physician

Hinweis:

Es wird darauf hingewiesen, dass die im vorliegenden COVID-19-Risiko-Attest vorgenommene ärztliche Feststellung anhand der „Empfehlung des BMSGPK zur Erstellung einer individuellen COVID-19 Risikoanalyse bezüglich eines schweren Krankheitsverlaufs“ vorgenommen wurde. Diese Einschätzung der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe trifft keine Aussage über ein individuelles Infektionsrisiko sowie über die tatsächliche Schwere einer möglichen künftigen Erkrankung an COVID-19.