

Attest über Risikogruppenzugehörigkeit

Vom behandelnden Arzt auszufüllen und an den Service de Santé au Travail Multisectoriel zurückzusenden

Bei Fehlen von präzisen Diagnosen/Einzelinformationen zur Behandlung ist die Bescheinung unzulässig

Geburtsname:

Vorname :

Lux.Sozialversicherungsnummer:

Name der Firma für die der/die Patient(in) arbeitet:

Krankheitsbilder, die für Patienten ein erhöhtes Anfälligkeitsrisiko darstellen können :

(Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an und präzisieren Sie ggf. Ihre Diagnose)

- Instabiler, insulinpflichtiger Diabetes Mellitus mit Auftreten von Sekundärkomplikationen

(Bitte geben Sie die Art der Komplikationen an)

- Kardiovaskuläre Erkrankungen:

- Schwer einstellbare Hypertonie,
- Apoplexie in der Vorgeschichte,
- Koronare Herzerkrankung (KHK),
- Kardiochirurgische Vorgeschichte,
- Herzinsuffizienz NYHA Stadium III oder IV.

(Falls zutreffend, geben Sie bitte die Ejektionsfraktion oder NYHA-Stufe an)

- Chronische Atemwegserkrankungen mit erschwertem Verlauf bei viraler Infektion.

(Bitte geben Sie die Art der Pathologie und gegebenenfalls Atemfunktion und Sauerstoffsättigung an)

- Tumorerkrankungen: Krebspatienten in Behandlung.

- Angeborene oder erworbene Immunsuppression:

- medikamentös (immunsuppressive Chemotherapie, Biotherapie und/oder Kortisonbehandlung in immunsuppressiver Dosis),
- unkontrollierte HIV-Infektion oder CD4 < 200/mm³,
- Zustand nach Organtransplantation oder hämatopoetischer Stammzellen, in Zusammenhang mit einer malignen Hämopathie in der Behandlung.

- Chronische Nierenerkrankung (dialysepflichtig)

- Zirrhose im Stadium B oder C der Child-Pugh-Klassifikation

- Morbide Adipositas (BMI > 40 kg/m²)

Aktuelle Medikation:

Name des Arztes:

Unterschrift des Arztes:

Zuzusenden an: STM - 32, rue Glesener - L-1630 Luxembourg - secretariat.dir@stm.lu