

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Krankenkasse:</b>	
<b>Liegen Vorerkrankungen oder Risikofaktoren für einen schweren Covid-19-Verlauf vor?</b>			
Körpergröße		Gewicht	
Starkes Übergewicht (BMI über 35)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzpumpschwäche, Herzklappendefekt)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Erkrankung der Atemwege (z. B. Schweres Asthma bronchiale, COPD)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Diabetes mellitus		Typ 1 <input type="checkbox"/>	Typ 2 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronisches Nierenversagen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung vor weniger als 5 Jahren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Immunabwehr unterdrücken?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? (z. B. Cortison, Biologika)			
Sonstige, bisher nicht genannte schwere Vorerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Tabakrauchen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Erwachsene: Älter als 50 Jahre		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Nehmen Sie Medikamente?</b>			
<b>Name des Medikaments</b>		<b>Dosierung</b>	<b>Einnahmerhythmus</b>
<b>Status Geimpfte / Genesene:</b>			
Haben Sie eine vollständige Corona-Schutzimpfung erhalten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Geplantes) Datum 1. Impfung:	(Geplantes) Datum 2. Impfung:	(Geplantes) Datum 3. Impfung (Auffrischung):	(Geplantes) Datum 4. Impfung (Auffrischung):
<b>Falls Sie bereits eine vollständige Impfung erhalten haben, legen Sie diesem Fragebogen bitte eine Kopie der entsprechenden Seite Ihres Impfpasses bei, auf der die Corona-Schutzimpfung dokumentiert wurde.</b>			
Sind Sie in den letzten 3 Monaten mittels PCR-Test positiv auf das Corona-Virus getestet worden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Falls ja, legen Sie diesem Fragebogen bitte eine Kopie des schriftlichen Nachweises des positiven PCR-Testergebnisses vor (der Nachweis muss mind. 28 Tage und darf höchstens 3 Monate alt sein)</b>			

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Ich / mein Kind bin / ist körperlich gesund und habe daher keine Bedenken anzureisen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient / Erziehungsberechtigte/r  
 Unterschrift Erwachsene Begleitperson \_\_\_\_\_