

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	<b>Anreise-Datum:</b>
<b>Liegen Vorerkrankungen oder Risikofaktoren vor?</b>			
Körpergröße		Gewicht	
Starkes Übergewicht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, 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		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Insulinpflichtig		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysepflichtig		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entzündliche Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Rheumatologische Erkrankungen (z. B. entzündliches Gelenkrheuma)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Geschwächtes Immunsystem durch Erkrankung oder aktuelle Therapie (z. B. Chemotherapie)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Autoimmunerkrankung		<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)			
Sonstige, bisher nicht genannte schwere Vorerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
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>	

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/  
Unterschrift erwachsene Begleitperson