

Name:		Vorname:	Anreise-Datum:
Liegen Vorerkrankungen oder Risikofaktoren vor?			
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
Nehmen Sie Medikamente?			
Name des Medikaments	Dosierung	Einnahmerhythmus	

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