

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.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in,
Erziehungsberechtigte*