

# Freiwillige Angaben an Ärzte und Rettungskräfte

Zum Verbleib in Ihren persönlichen Unterlagen.

Dieses Formular bitte weitergeben und auch für die Eltern und Großeltern ausdrucken.



## Meine Gesundheitsinformationen

Mein Name: \_\_\_\_\_

Mein Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Meine Adresse: \_\_\_\_\_

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte benachrichtigen (Name und Telefonnummer): \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Probleme mit der Atmung / Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krebs (bitte erläutern)

Weitere Vorerkrankungen / chronische Krankheiten / Erläuterung:

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig: \_\_\_\_\_

Meine Allergien (z. B. Penicillin, Heparin): \_\_\_\_\_

Besondere Belastungsfaktoren / Folgendes gilt zu beachten: \_\_\_\_\_

# Freiwillige Angaben an Ärzte und Rettungskräfte

Zum Verbleib in Ihren persönlichen Unterlagen.

Dieses Formular bitte weitergeben und auch für die Eltern und Großeltern ausdrucken.



## Meine Gesundheitsinformationen

Ich bin geimpft gegen (bitte auch den Impfpass griffbereit halten): \_\_\_\_\_

Meine Körpergröße: \_\_\_\_\_

Mein Gewicht: \_\_\_\_\_

Meine Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Ich bin Raucher\*in

Mein Hausarzt / Meine Ärzte: \_\_\_\_\_

Mein Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Bei Corona-Verdacht

Tel.: 030 90 28 28 28

Ich habe folgende Symptome: \_\_\_\_\_

trockener Husten     Geruchs-/Geschmacksverlust     Atemprobleme    Fieber: \_\_\_\_\_

Weitere Symptome:

Mit folgenden Personen hatte ich direkten Kontakt in den letzten zwei Wochen (Name und möglichst Telefonnummer): \_\_\_\_\_