

Diesen Bogen an: info@drk-kv-waf.de
 Datenschutzerklärung siehe: www.drk-kv-waf.de



Freiwillige Mitarbeit im Katastrophenschutz

Name, Vorname	
Geburtsdatum/Geurtsort	
Anschrift (Straße,PLZ,Ort)	
E-Mail	
Telefon-/Mobilnummer	

Medizinische (Vor-)Kenntnisse	
Technische Ausbildung	
Führerschein(e)	
Fremdsprachen	
Sonstiges	

Gesundheitserklärung: Ich bin vollständig gesund und habe keinerlei Erkältungszeichen (Husten, Fieber, Halsschmerzen, Kopfschmerzen) oder leide an einer ansteckenden oder chronischen Krankheit. Ich bin in den letzten 14-Tagen aus keinem Gebiet der Bundesrepublik eingereist, das mit dem Stand heute vom Robert-Koch-Institut (RKI) als SARS-CoV2-Risikogebiet klassifiziert worden ist. Ich hatte in den letzten 14-Tagen keinen Kontakt zu einem nachweislich COVID-19 positiv getesteten/erkrankten Menschen. Mein sonstiger Impfstatus nach STIKO (Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, ect.) ist vollständig.

Datum, Name in Druckbuchstaben, Unterschrift