

Teileinheit



Helfer- Erfassungsbogen

-vertraulich-

Helfer/in

Name, Vorname

Geb.-Datum

Geburtsdatum

Gliederung/Nr.

Landesverband / Bezirk / Ortsgruppe / Gliederungsnummer

Telefon

fernmündliche Erreichbarkeit(en)

Email

Email-Adresse

Straße, Nr.

freiwillige Angabe

PLZ, Wohnort

freiwillige Angabe

Arbeitgeber

Firmenname

Kontakt

Ansprechpartner

Telefon

fernmündliche Erreichbarkeit(en)

Email 1

Email-Adresse

Email 2

Email-Adresse

Notfall-Adresse

Name, Vorname

fernmündliche Erreichbarkeit(en)

**Nahrungsmittel-
einschränkungen**

Nein

Ja

Bezeichnung (freiwillige Angabe)

Erkrankungen

Nein Ja

Bezeichnung (freiwillige Angabe)

**Allergien/
Unverträglichkeiten**

Nein Ja

Bezeichnung (freiwillige Angabe)

Medikamente

Nein Ja

Bezeichnung (freiwillige Angabe)

Blutgruppe

unbekannt

Bezeichnung (freiwillige Angabe)

Impfschutz

Nein Ja Tetanus (nicht älter als 10 Jahre)

Nein Ja Diphterie (nicht älter als 10 Jahre)

Nein Ja Hepatitis A (nicht älter als 10 Jahre)

Nein Ja Hepatitis B (nicht älter als 10 Jahre)