

## Freiwilligenzentrale

Schloßstr. 1

01796 Pirna

Sandra Rühle

Tel: 03501 582025

Mobil: 0159 04428100

E-Mail: [freiwilligenzentrale@diakonie-pirna.de](mailto:freiwilligenzentrale@diakonie-pirna.de)

Internet: [www.ehrenamt-in-pirna.de](http://www.ehrenamt-in-pirna.de)

## Fragebogen Ehrenamtliche Helfer\*innen - Corona

Danke, dass Sie sich in dieser Zeit in Ihrer Stadt Pirna freiwillig engagieren möchten. Dafür benötigen wir einige personenbezogene Daten und wenn möglich eine Kopie ihres Personalausweises.

### Zur Person des/der Freiwilligen:

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort):</b>	
<b>Telefon-/Handynummer:</b> (Wann günstig zu erreichen?)	
<b>E- Mail:</b>	
<b>Geburtstag:</b>	
<b>Angebotene Hilfe:</b>	- Einkaufshilfe - telefonisches Gesprächsangebot - Sonstiges:
<b>Einsatzort (Copitz, Innenstadt...):</b>	
<b>Fremdsprache:</b>	
<b>Vermittelt an:</b> (Von FWZ ausfüllen)	

**Ich bin damit einverstanden, dass die Freiwilligenzentrale Pirna meine personenbezogenen Daten aufnehmen, speichern und verarbeiten und meinen Namen sowie meine Telefonnummer an mögliche Tandem-Partner\*innen weitergeben darf. Diese Einwilligungserklärung gilt ab Datum der Unterschrift. Bei Aufgabe meiner Tätigkeit als Helfer werden meine Daten nach spätestens einem Jahr gelöscht.**

**Ich versichere, dass ich personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten über meine\*n Tandem-Partner\*in für mich behalten werde.**

### **Ich bestätige, dass ich nicht selbst zur Covid-19 Risikogruppe gehöre (siehe unten).**

Das Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 ist für bestimmte Personengruppen höher. Unter die Risikogruppen fallen:

- ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50 bis 60 Jahren), sowie
- Raucherinnen und Raucher.

Auch bei Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen kommt es eher zu einem schweren Verlauf. Darunter fallen Personen mit Erkrankungen des Herzens (zum Beispiel koronare Herzerkrankung), mit Erkrankungen der Lunge (zum Beispiel Asthma, chronische Bronchitis), mit chronischen Lebererkrankungen, mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), mit einer Krebserkrankung, sowie mit geschwächtem Immunsystem (zum Beispiel aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, bedingt wird - darunter Cortison).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift