



Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome, Geschmacks-u. Geruchsverlust?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem der Corona-Virus-Risikogebieten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt oder mit einer Person, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Befinden Sie sich oder ein im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige aktuell in einer vom Gesundheitsamt angeordnete Quarantäne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Angaben treffen auf Sie zu? *	<input type="checkbox"/> Vollständig gegen COVID-19 geimpft (letzte Impfung liegt länger als 14 Tage zurück) <input type="checkbox"/> Genesen von COVID-19 Erkrankungszeitraum (Monat/Jahr): _____ <input type="checkbox"/> Negativ getestet Datum: _____ Durchgeführt von: _____ <input type="checkbox"/> Positiv getestet Datum: _____ Durchgeführt von: _____

*alle Angaben sind freiwillig

Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis.