



Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Datum:

Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Sehr geehrte Damen und Herren, 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?	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 aktuellen Corona-Virus-Risikogebiete?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Wurde bei Ihnen ein Test gemacht, bei dem das Ergebnis noch offen ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....
Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis.