

COVID-19 Selbstabfrage



Patient: _____ **GebDat:** _____

Hatten Sie Haushaltskontakte mit einem bestätigten COVID-19-Fall?

ja nein

Hatten Sie direkten physischen Kontakt (z.B. Hände schütteln) mit einem bestätigten COVID-19-Fall?

ja nein

Hatten Sie ungeschützten, direkten Kontakt mit infektiösen Sekreten eines bestätigten COVID-19-Falls?

ja nein

Hatten Sie Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten COVID-19-Fall?

ja nein

Haben Sie sich in einer geschlossenen Umgebung (z.B. Klassenzimmer, Besprechungsraum, Wartezimmer) mit einem bestätigten COVID-19-Fall aufgehalten?

ja nein

Hatten Sie Kontakt mit einer Person die sich in Quarantäne wegen eines COVID-19 Kontaktes befindet?

ja nein

Haben Sie Fieber (über 37,3 Grad)?

ja nein

Haben Sie Husten?

ja nein

Leiden Sie an Kurzatmigkeit?

ja nein

Haben Sie einen Geruchs- oder Geschmackverlust?

ja nein

Haben oder Hatten Sie Durchfall/Erbrechen in den letzten Tagen?

ja nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet?

ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben mit Datum:

Datum

Unterschrift Patient bzw Erziehungsberechtigter(e)