

Corona-Virus-Infektion Fragebogen

Datum:

Name, Vorname:

Adresse:

.....

Tel.-Nr.:

Sind sie berufstätig ? Ja Nein

Wenn ja, als was und Adresse ihres Arbeitgebers:

.....

.....

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

.....

2. Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem Corona-Virus-Risiko-Gebiet ?

Ja Nein

3. Hatten Sie wissentlich in den letzten 2 Wochen Kontakt mit Personen, die sich in Corona-Virus-Risikogebieten aufgehalten haben ?

Ja Nein

4. Hatten Sie wissentlich persönlichen Kontakt zu einer Person, bei der das Coronavirus im Labor nachgewiesen wurde?

Ja Nein

.....

Unterschrift Patient