

Corona-Virus-Infektion

Fragebogen zur Selbsteinschätzung



Name, Vorname: Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Datum / Uhrzeit: _____

möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie 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. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der ein Corona- Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....
Unterschrift Patient

Testergebnis: positiv

negativ