



Corona-Virus-Infektion

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname :

Adresse :

.....

Telefonnummer :

E-Mail :

Datum :

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 wie Husten, Atemnot, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen, sonstige Erkältungssymptome? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome wie Fieber ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. 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"/> |

.....
Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis !