



Fragebogen COVID-19

(Name) _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die unten aufgelisteten Fragen, um mögliche Symptome einer COVID-19-Erkrankung identifizieren zu können.

Haben oder hatten Sie in den vergangenen Tagen eines der folgenden Symptome?

1	Geschmacks- und/ oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
2	Fieber über 38° Celsius	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
3	Anhaltenden Husten oder Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
4	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
5	Schnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
6	Abgeschlagenheit, Kopf- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
7	Durchfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
8	Haben Sie sich auf COVID-19 testen lassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am
	Wenn ja: Das Ergebnis war ...		
	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv	
9	Haben/Hatten Sie wissentlich Kontakt mit infizierten Personen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am
10	Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am

(Datum) _____

(Unterschrift) _____

Stand 10/20