



## 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

nein  ja, seit .....

2 Fieber über 38° Celsius

nein  ja, seit .....

3 Anhaltenden Husten oder Atemnot

nein  ja, seit .....

4 Halsschmerzen

nein  ja, seit .....

5 Schnupfen

nein  ja, seit .....

6 Abgeschlagenheit, Kopf- oder Gliederschmerzen

nein  ja, seit .....

7 Durchfall

nein  ja, seit .....

8 Haben Sie sich auf COVID-19 testen lassen?

nein  ja, am .....

Wenn ja: Das Ergebnis war ...

negativ  positiv

9 Haben/Hatten Sie wissentlich Kontakt mit infizierten Personen?

nein  ja, am .....

10 Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet?

nein  ja, am .....

(Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift) \_\_\_\_\_

Stand 10/20