

# Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung



Name, Vorname: Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome</b> ?	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. Haben Sie in den letzten 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!