

Corona 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 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. 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!