

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon (mobil)
Mail

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	ja	nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SRS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage		
Bestand in der vergangenen die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SRS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimortes Wenn ja, bitte auflühren wann und wo: _____		

3. Symptom-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	ja	nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		

Datum:

Unterschrift: