

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefon (mobil)	
E-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 SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes? Wenn ja, bitte aufführen 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		
Atemnot		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Schnupfen		
Diarrhoe (Durchfall)		