

Corona-Virus-Infektion

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname: Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

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!