

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

## **Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patientinnen und Patienten,

aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie **Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome**? Ja  Nein

2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? Ja  Nein

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten? Ja  Nein

4. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf Covid-19 testen lassen?  
Wenn Ja:

Testdatum am: \_\_\_\_\_ Testergebnis: positiv  negativ

5. Wurden Sie bereits geimpft? Ja  Nein

Falls Ja: 1. Impfung: Datum: \_\_\_\_\_ 2. Impfung: Datum: \_\_\_\_\_

3. Impfung: Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift