

Fragebogen COVID-19

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefonnummer: _____

Beschwerden: bitte angeben

Trockener Husten _____
Abgeschlagenheit _____
Fieber _____
Akute Luftnot _____
Halsschmerzen/-kratzen _____
Schnupfen _____
Gliederschmerzen _____
Kopfschmerzen _____
Durchfall _____
Geschmacks/-Riechverlust _____

Sonstige: _____
Beschwerdebeginn: _____
Weitere neue Beschwerden: _____

Kontakt zu (nachgewiesen) Erkrankten: ja ___ nein ___

Falls, ja: wann war der Kontakt? Vor ___ Tagen

Kürzlich verreist: ja ___ nein ___

Falls ja, Reiseziel: _____

Tage zwischen Aufenthalt Reiseziel und zu Hause: _____ Tage

Vorerkrankungen: _____

Stoffwechselerkrankungen: ja ___ nein ___

Falls ja, welche: _____

Raucher: ja ___ nein ___

Falls ja, wie viele Zigaretten/Tag: _____ Zigaretten