

PATIENTENFRAGEBOGEN ZU COVID-19

(Coronavirus SARS-CoV-2)

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Telefon

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer nachweislich an Covid-19 erkrankten Person?

- ja
 nein

Haben sie sich in den letzten 4 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- nein
 ja
 Schnelltest
 PCR-Test

Testdatum:

Testergebnis:

Haben Sie aktuell folgende Symptome?

- Halsschmerzen
 Durchfall
 Husten
 Luftnot
 Fieber
 Geschmack- und Geruchslosigkeit

Falls ja, seit wann:

- nein

, den:

Unterschrift: