

Corona-Virus-Infektion

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Datum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
 aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die
 folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

 Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis!