

Corona-Fragebogen

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

1. Haben Sie derzeit (oder hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage) grippeähnliche Symptome wie trockenen Husten, Fieber über 38°, Abgeschlagenheit, Atemprobleme wie Kurzatmigkeit oder Muskel- und Gelenkschmerzen? Ja Nein
2. Leiden Sie derzeit (oder litten Sie innerhalb der letzten 14 Tage) unter Geschmacks- oder Geruchsstörungen? Ja Nein
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich persönlichen Kontakt zu einer Person, bei der das Corona-Virus im Labor nachgewiesen wurde? Ja Nein
4. Waren Sie in den letzten 14 Tagen Ausland? Wenn ja, wo? _____ Ja Nein
5. Leben Sie in einer Region mit einer 7-Tages-Inzidenz > 100? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen ein Corona-Test (Mund-Nasen-Abstrich) durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____
- Wurde bei Ihnen ein SARS-CoV-2-Antikörpertest durchgeführt? Ja Nein
- Sind Sie bereits gegen Corona geimpft 1. Impfung 2. Impfung Nein

Dr. med. Karin Schilli
Bahnhofstr.16
79189 Bad Krozingen

Datum, Unterschrift