



Fragebogen

zum neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2)

Name:

Geburtsdatum:

Frage 1:

Fühlen Sie sich krank?

- JA NEIN

Frage 2:

Haben Sie Fieber, Husten, Halsschmerzen oder Atemnot?

- JA NEIN

Frage 3:

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten?

- JA NEIN

Frage 4:

Hatten Sie Kontakt zu einer Person, die sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten hat?

- JA NEIN

Frage 5:

Hatten Sie Kontakt zu einer mit Coronavirus erkrankten Person oder einer Person, bei der der Verdacht auf eine Coronavirus-Infektion besteht oder die sich in Quarantäne oder häuslicher Isolation befindet?

- JA NEIN