



## Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung für die Durchführung eines PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2

|                   |  |
|-------------------|--|
| Name, Vorname     |  |
| Straße, Hausnr.   |  |
| Postleitzahl, Ort |  |
| Telefonnummer     |  |
| Emailadresse      |  |

Sehr geehrte/r Patient/in, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

|   |   |
|---|---|
| 1. Hatten sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Coronavirus nachgewiesen wurde?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, welche auf COVID-19 getestet werden soll bzw. getestet wurde und das Testergebnis noch aussteht? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 3. Haben sie derzeit grippeähnliche Symptome, wie Fieber, Husten, Schnupfen, Gliederschmerzen u.a. Erkältungssymptomen?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 4. Hatten Sie in den letzten 14 Tage grippeähnliche Symptome, die mit Fieber einhergingen?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in