

# Corona-Virus-Infektion

## Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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 Symptome, wie <b>Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome, Halsschmerzen, Geschmacksbeeinträchtigungen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona- Verdacht oder eine bestätigte Corona-Diagnose besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in den letzten 30 Minuten Nasenspray benutzt oder säurehaltige Getränke zu sich genommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....  
Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis!