



Fragebogen zur Selbsteinschätzung einer Corona-Virus-Infektion

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Haben Sie Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot oder sonstige Erkältungssymptome?

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten zwei Wochen grippeähnliche Symptome mit Fieber?

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einem Corona-Patienten?

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt zu einer Person, bei der Verdacht auf Corona besteht?

Ja Nein

Datum, Unterschrift