

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



1. Personenbezogene Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen ?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 ? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes ? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:		

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Fieber			Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten			Geschmacks-und/oder Riechstörungen		
Schnupfen			Halsschmerzen		
Atemnot			Durchfall		

Datum

Unterschrift