

**Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko. Erhebung personenbezogener Daten**

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel-Nr. \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

—

**Fragen zum Gesundheitszustand**

1. Waren Sie an COVID-19 erkrankt?  ja  nein
2. Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist und haben sich in einem Risikogebiet lt. aktueller RKI Auflistung aufgehalten?  ja  nein  
Aktuelle Liste lt. RKI: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete\\_neu.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber oder erhöhte Körpertemperatur?  ja  nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetreten Atemnot oder Husten?  ja  nein
5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen (z.B. Halsschmerzen)?  
 ja  nein
6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen neu aufgetreten Durchfall?  
 ja  nein
7. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinns?  
 ja  nein
8. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person die an COVID-19 erkrankt war?  
 ja  nein

**Straelen, den**

**Unterschrift**

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Formular erhobenen Daten zum Zwecke der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette gespeichert und archiviert werden.