

Fragebogen bei Erkältungsbeschwerden

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Handy: _____

Email: _____

Seit wann haben Sie Krankheitsbeschwerden? *(Bitte Datum angeben.)*

Welche Beschwerden haben Sie? *(Zutreffendes ankreuzen.)*

Schnupfen Halsschmerzen Husten Fieber über 38,5 °C
Luftnot Geruchs- oder Geschmacksstörungen

Hatten Sie engen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesenem Coronavirus? ja nein

Hat Ihre Corona-Warn-App „Erhöhtes Risiko“ (rot) ermittelt? ja nein

Haben Sie berufsbedingten Kontakt zu Corona-Erkrankten? ja nein

Was arbeiten Sie?

Hinweis: Sollte ein Corona-Abstrich erfolgen, so erfolgt die Mitteilung bei negativem Ergebnis per Email, bei positivem Ergebnis per Handy. Die Ergebnisse liegen uns üblicherweise am Folgetag vor. Ergebnisse vom Freitag können erst ab Montag mitgeteilt werden. Bis zur Mitteilung des Ergebnisses wird empfohlen, Kontakte zu meiden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für internen Gebrauch

Bei symptomatischer Kontaktperson 1. Grades Gesundheitsamt informiert am

Erfüllung folgender RKI-Testkriterien: Zugehörigkeit Risikogruppe
 Tätigkeit in Pflege/Arztpraxis/Krankenhaus
 Exposition (Veranstaltungen, kein AHA+L)
 Kontakt (unklare ARE + erhöhte Inzidenz; viele Personen; Risikogruppen)
 Verschlechterung der Symptomatik

Test durchgeführt ja nein

Testergebnis negativ
 positiv / Gesundheitsamt informiert am

Patient informiert per Email am _____ per Handy am _____