

# Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



## 1. Personenbezogene Daten

|                 |
|-----------------|
| Name            |
| Vorname         |
| Geburtsdatum    |
| Adresse         |
| Telefon (mobil) |
| 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 SRS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage  |    |      |
| Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SRS-CoV-2?<br>Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:<br>_____ |    |      |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes<br>Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:<br>_____  |    |      |

## 3. Symptom-Evaluation

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage) | ja | nein |
|---|----|------|
| Fieber  |    |      |
| Aalgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen  |    |      |
| Husten  |    |      |
| Dyspnoe (Atemnot)   |    |      |
| Geschmacks- und/oder Riechstörungen   |    |      |
| Halsschmerzen   |    |      |
| Rhinitis (Schnupfen)  |    |      |
| Diarrhoe (Durchfall)  |    |      |