



Patientenfragebogen zur aktuellen Corona Pandemie

Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?

J N

Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?

J N

Weisen Sie eines der folgenden Symptome auf?

J N

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Fieber |
| <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> Luftnot | <input type="radio"/> Geschmack- und Geruchslosigkeit |
| <input type="radio"/> Sonstige Erkältungssymptome? | | |

Seit wann?

.....

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem Coronavirus infiziert sind? Wie fiel das Testergebnis aus?

J N

Negativ Positiv

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter