Selbstauskunftsbogen bei V.a. COVID19

Name: Datum: Tel-Nr

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Symptom** | **Nein** | **Ja** | **leicht** | **mittel** | **schwer** | **Seit wann? (Datum)** |
| Husten  |  |  |  |  |  |  |
| Fieber |  |  |  |  |  | Bis max. °C |
| Luftnot/Kurzatmigkeit |  |  |  |  |  |  |
|  In Ruhe |  |  |  |  |  |  |
|  Bei Belastung |  |  |  |  |  |  |
| Gliederschmerzen |  |  |  |  |  |  |
| Halsschmerzen |  |  |  |  |  |  |
| Schnupfen/Niesen |  |  |  |  |  |  |
| Kopfschmerzen |  |  |  |  |  |  |
| Durchfall |  |  |  |  |  |  |
| Geruchs/Geschmacksverlust |  |  |  |  |  |  |

Anderes:

Bestehen folgende chronische Erkrankungen?

🞎 Gefäßkrankheit (KHK, Herzinfarkt oder Schlaganfall in Vorgeschichte, arterielle Verschlusskrankheit

🞎 Diabetes Mellitus

🞎 Chronische Bronchitis, COPD, Lungenerkrankung (außer Asthma)

🞎 Bluthochdruck

🞎 Aktive Krebserkrankung

🞎 Kortison als Tablette, Medikamente gegen Rheuma, Immunsuppressiva ?

Anderes:

Haben Sie Kontakt gehabt zu einem bestätigten COVID19 Fall? 🞎 Nein 🞎Ja

Arbeiten Sie in der Pflege, Wohnheim, Krankenhaus, Praxis? 🞎 Nein 🞎Ja

Waren Sie in letzten 14 Tagen verreist? 🞎 Nein 🞎Ja Wohin?:

Nutzen Sie die Corona-Warn-App? 🞎 Nein 🞎Ja

Werden Sie sie nutzen, um schnell über das Testergebnis informiert zu werden?
 🞎 Nein 🞎Ja