



CORONA PANDEMIE SELBSTAUSKUNFT

Nachname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Haben Sie sich in den letzten 3 Wochen im Ausland aufgehalten?

Ja, ich war am _____ in: _____ Nein

2. Haben Sie sich in den letzten 3 Wochen in einem Risikogebiet für Corona Virus in Deutschland aufgehalten?

Ja, ich war am _____ in: _____ Nein

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Corona Fall?

Ja Nein

4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, bei der ein Corona Verdacht besteht?

Ja Nein

5. Nehmen Sie aktuell Cortison und/oder Immunsuppressiva ein?

Ja, folgende: _____ Nein

6. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Fieber (über 38°C)?

Ja Nein

7. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Schüttelfrost?

Ja Nein

8. Haben Sie sich in den letzten 4 Tagen schlapp oder abgeschlagen geföhlt?

Ja Nein

9. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Gliederschmerzen?

Ja Nein

10. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen anhaltenden Husten?

Ja Nein

11. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Schnupfen?

Ja Nein

12. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Halsschmerzen?

Ja Nein

13. Sind Sie in den letzten 4 Tagen schneller außer Atem als sonst?

Ja Nein

Datum

Unterschrift