

**COVID-19 Fragebogen**

Name, Vorname

---

Telefonnummer

---

2 x geimpft    ja     nein

---

Datum

Unterschrift

---

---

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen Fieber (Temp. über 38°C) oder Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen oder andere Symptome?

---

ja     nein

Waren Sie in den letzten 4 Wochen mit SARS-CoV-2 infiziert oder standen sie unter Verdacht an SARS-CoV-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?

---

ja     nein

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert war/ist?

---

ja     nein

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Person, bei der der Verdacht bestand oder besteht mit SARS-Cov-2 infiziert zu sein, ohne dass der Verdacht widerlegt wurde?

---

ja     nein

Wurden in den letzten 2 Wochen das außereuropäische Ausland oder ein Risikogebiet bereist?

---

ja     nein