

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

|  | JA | NEIN |
|--|----|------|
| 1. Waren Sie in den letzten zwei Wochen krank?   |    |      |
| 2. Haben Sie Fieber (über 37,5 ° C)?   |    |      |
| 3. Husten Sie gerade?  |    |      |
| 4. Haben Sie Halsschmerzen?  |    |      |
| 5. Haben Sie Ihren Geruchs- oder Geschmackssinn verloren?  |    |      |
| 6. Haben Sie Kontakt mit jemandem gehabt, der eines dieser Symptome hat?   |    |      |
| 7. Sind Sie in ein Gebiet gereist, in dem ein hohes Risiko für COVID-19 besteht, national oder international?  |    |      |
| 8. Arbeiten Sie in einem Krankenhaus / Pflegeheim oder einer Gesundheitseinrichtung?   |    |      |
| 9. Waren Sie mit jemandem in Kontakt, der COVID-19 hat?  |    |      |
| 10. Wurde bei Ihnen COVID-19 diagnostiziert?   |    |      |
| 11. Leben Sie in einem Haushalt mit jemandem, bei dem eine COVID-19-Infektion diagnostiziert wurde oder der COVID-19-Symptome (Fieber, Husten, Geruchsverlust) aufweist? |    |      |
| 12. Wenn Sie COVID-19-positiv waren und sich erholt haben, haben Sie einen medizinischen Nachweis über die Freigabe?   |    |      |
| 13. Haben Sie eine schwere Krankheit wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, chronische Nierenerkrankungen usw.?   |    |      |

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

Ärztliche Freigabe \_\_\_\_\_

Datum: