

# Fragebogen Corona-Diagnostik

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Hausärztin/Hausarzt

Grund für Diagnostik

Akute Erkrankung

Reiserückkehrer (Anweisung vom Gesundheitsamt)

LRO                      HRO                      Sonstige

Kontaktpersonen (Anweisung vom Gesundheitsamt)

LRO                      HRO                      Sonstige

Geplante Reise (Selbstzahler)

LehrerInnen-Screening (mit Bescheinigung der Arbeitsstelle)

Diagnostik zum UMR MA-Screening/Studierende

Screening für geplante Reha/KH-Aufenthalt

Andere Gründe (z.B. Auftrag Arbeitgeber)

Haben Sie ein oder mehrere der folgenden **Beschwerden**?

**Keine der genannten Beschwerden**

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Beschwerden an:

Fieber/Frösteln

Husten

Halsschmerzen

Kopfschmerzen

Schnupfen

Atembeschwerden

Abgeschlagenheit

Schwitzen

Muskelschmerzen

Magen/Darmbeschwerden

Geschmacksstörung

Riechstörung

Beginn der Beschwerden (TT.MM.JJ)

Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist?

nein

ja

wenn ja, von

bis

Ort/Land

Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen **Kontakt zu einer Person mit bestätigter Coronavirus-Infektion?**

ja

nein

unbekannt

(wenn ja, bitte Namen der erkrankten Person oder Kontaktort/Arbeitsstelle eintragen:

Haben Sie für die Grippesaison 2020/2021 (ab Herbst 2020) eine **Grippeschutzimpfung** erhalten?

ja

nein

unbekannt

Besteht eine chronische Vorerkrankung?

nein

ja – wenn ja, bitte ankreuzen

Lungenerkrankung (z.B. COPD/Asthma)

Lebererkrankung

Immunsuppression

Lungenentzündung im vergangenen Jahr

Nierenerkrankung

Neurologische Erkrankung

Diabetes

Herzerkrankung

andere

Datum (TT.MM.JJ)

Unterschrift