

**Name, Vorname:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

Zur Unterbrechung von Infektionsketten im Rahmen der neuen Erkrankung COVID-19 durch das SARS-CoV-2 bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

### 1. Symptome

Zeigen Sie <u>aktuell</u> bzw. in den letzten 14 Tagen Symptome wie:	Ja	Nein
Fieber/Schüttelfrost		
Husten		
Vermehrtes Atmen, Kurzatmigkeit, Atemnot (Dyspnoe)?		
Schnupfen/verstopfte Nase		
Halsschmerzen		
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn?		
Andere nicht genannte grippale Symptome (z.B. ungewöhnliche Schwäche, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen)?		

### 2. Kontakte

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage <u>engen ungeschützten Kontakt</u> (<1,5m) zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall?		
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer <u>Region mit gehäuften COVID-19-Fällen?</u> (Inzidenzrate $\geq 50$ Erkrankte/100.000 Einwohner/7 Tagen)		
Hielten Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage in einem anderen <u>Krankenhaus oder einem Pflegeheim</u> (als Patient oder Besucher) mit erhöhtem Aufkommen von Lungenentzündungen auf?		

### 3. Testung

Wurden Sie bereits <u>positiv</u> auf SARS-CoV-2 getestet?		
Wenn ja, wann? Datum:		
Wenn ja, unterliegen Sie aktuell weiterhin den <u>Quarantänevorgaben</u> des Gesundheitsamtes oder eines Arztes?		

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift