

# Corona Fragebogen

## Kontaktdaten und Arbeitsunfähigkeit

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt:  ja  nein

Mit Meldung des Ergebnisses in die  
WARN-APP einverstanden:  ja  nein

## Symptome

Husten:  ja  nein

Abgeschlagenheit:  ja  nein

Fieber:  ja  nein

Halsschmerzen:  ja  nein

Schnupfen:  ja  nein

Glieder-/Kopfschmerzen:  ja  nein

Geruchs-/Geschmacksverlust:  ja  nein

Durchfall:  ja  nein

Verschlechterung der Symptome in den letzten Tagen:  ja  nein

## Risiko

Kontakt zu bestätigtem Covid-19 Patienten  ja  nein

Tage zwischen Beginn Ihrer Symptome und dem Kontakt \_\_\_\_\_ Tage

Reisen in den letzten 2 Wochen  ja  nein

Beruf

Exposition (z.B. auf Veranstaltungen/Situationen ohne AHA-Regel)  ja  nein

Hatten Sie Kontakt zu vielen Personen,  
während Sie Symptome hatten  ja  nein

## Vorerkrankungen

Herz-Kreislauferkrankungen / Bluthochdruck  ja  nein

Übergewicht  ja  nein

Immunschwäche / auch medikamentös  ja  nein

COPD / Chronische Bronchitis  ja  nein

Niereninsuffizienz  ja  nein

Sind Sie Raucher  ja  nein

## Sind Sie geimpft gegen

Influenza  ja  nein

Lungenentzündung  ja  nein