

# Corona Fragebogen

## 1. Kontaktdaten und Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt:  ja  nein

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

## 2. 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

## 3. 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
- Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

## 4. Vorerkrankungen

- Herz-Kreislaufkrankungen / Bluthochdruck  ja  nein
- Übergewicht  ja  nein
- Immunschwäche / auch medikamentös  ja  nein
- COPD / Chronische Bronchitis  ja  nein
- Niereninsuffizienz  ja  nein
- Sind Sie Raucher  ja  nein

## 5. Sind Sie geimpft gegen

- Influenza  ja  nein
- Lungenentzündung  ja  nein
- Covid-19  ja  nein