

Coronafragebogen

1. Kontaktdaten und Arbeitsunfähigkeit

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt? Datum _____ 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

3. Risiko

- Kontakt zu bestätigtem Covid-19 Patienten ja nein

- Ausgeübter Beruf: _____

4. Sind Sie geimpft gegen

- Covid-19 ja nein
- geboostert ja nein

5. Test

- positiven AntiGen-Schnelltest ja nein
- positiven PCR-Test ja nein