

# Tagesaktueller Fragebogen zur Einschätzung des Infektions- und Übertragungsrisikos mit Covid-19

(Patientenaufkleber)

	ja	nein
Haben oder hatten Sie in letzter Zeit eine oder mehrere dieser Beschwerden:		
• Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Atembeschwerden oder Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Müdigkeit oder Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben / hatten Sie Kontakt zu mit Covid-19-infizierten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Kontakt zu mit Covid-19-infizierten Personen derzeit in Quarantäne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie aktuell mit Covid-19 infiziert (durch Labortest nachgewiesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie über 60 Jahre alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen bei Ihnen		
• Herz-Kreislauf-erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen des Atmungssystems /der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen der Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beeinträchtigungen des Immunsystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Datum

---

Unterschrift