## Fragebogen zur Selbsteinschätzung Corona-Virus-Infektion

Vor- und Nachname:			
Geburtsdatum:			
Waren Sie in den letzten zwei Wochen in einem der Corona-Virus-Risikogebiete?	□ Ja	□ Nein	
	Wenn ja, wo:		
Hatten wissentlich Kontakt zu infizierten	□ Ja	a □ Nein	
Personen?			
Haben Sie folgende Beschwerden:			
Erhöhte Temperatur/ Fieber	□ Ja	n □ Nein	
<ul> <li>Durchfall</li> </ul>	□ Ja	n □ Nein	
• Trockener Husten	□ Ja	n □ Nein	
Halskratzen/- schmerzen	□ Ja	n □ Nein	
<ul> <li>Störung des Geruchs- und Geschmacksinns (kann auch im späteren Verlauf auftreten)</li> </ul>	□ Ja	n □ Nein	
<ul> <li>Schnupfen</li> </ul>	□ Ja	n □ Nein	
<ul> <li>Kopfschmerzen</li> </ul>	□ Ja	a □ Nein	
Gliederschmerzen	□ Ja	n □ Nein	
Schwitzen/ Hitzewallung	□ Ja	a □ Nein	
• Kurzatmigkeit	□ Ja	n □ Nein	
<ul> <li>Lungenentzündung</li> </ul>	_ Ia	n □ Nein	