

Aufgrund der CoronavirusPandemie beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

1a) Wurden Sie in den letzten Tagen auf das Coronavirus getestet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
1b) Wenn ja, wann _____		
1c) Testergebnis	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ
2) Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus bestätigt ist?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3) Wurden Sie bereits geimpft?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3a) Wenn ja, wann _____		
4) Haben Sie im Moment		
Husten?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Fieber?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Schnupfen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Geschmacks- oder Geruchsstörungen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Magen-Darm Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kopf-/ Gliederschmerzen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wird von der Praxis ausgefüllt		
Ergebnis: Coronavirus-Infektion oder Verdachtsfall?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ist eine unverzügliche Behandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Berlin, _____

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben