

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : _____ **Geboren:** _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Tel: daheim: _____ Arbeit: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?

HAUPTSYMPTOME

- Fieber > 37,5°C ja wann..... nein
- Husten ja wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja wann..... nein

NEBENSYMPTOME

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja wann..... nein
- Halsschmerzen ja wann..... nein
- Kopfschmerzen ja wann..... nein
- Muskelschmerzen ja wann..... nein
- Verstopfte Nase ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer COVID-19-positiven Person (lebend oder verstorben) ?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer Person mit COVID-19 Verdacht?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit COVID-19 positiven Familienangehörigen oder mit Familienangehörigen mit COVID-19 Verdacht?

ja wann..... nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (Ambulatorien, Krankenhäuser, Altersheime ecc.) aufgesucht oder arbeiten Sie dort, wo COVID-19 positive Personen oder Personen mit COVID-19 Verdacht behandelt werden?

ja wann..... nein

Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen als SANITÄTSPERSON oder anderweitig in der PFLEGE mit einer COVID 19 positiven Person oder mit einer COVID-19 Verdachtsperson beschäftigt, oder arbeiten Sie in einem LABOR mit SARSCoV-2 Proben?

ja wann..... nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 RISIKOGEBIET ?

ja wo..... nein

Haben Sie NASEN-RACHEN-ABSTRICHE zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests zum ANTIKÖRPER Nachweis und mit welchem Ergebnis?

ja nein Abstrich pos neg Datum..... pos neg Datum.....
 ja nein Antikörper Nachweis pos neg Datum..... pos neg Datum.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)