

[Patientendaten]

## Risiko-Checkliste COVID-19

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Waren Sie sich in den letzten 14 Tagen im Ausland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen direkten Kontakt [Abstand unter 2 Meter] zu einer Person, die auf COVID-19 positiv getestet wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen länger als 15 Minuten in einer Einrichtung aufgehalten, die später aufgrund eines COVID-19 Nachweises unter Quarantäne gestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome neu aufgetreten:		
Fieber [37,5° C und höher]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl wie Abgeschlagenheit, Schwäche, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift: