

Liebe Patientin, lieber Patient,
die nachfolgenden Angaben sind freiwillig. Die erhobenen Daten werden anonymisiert ausgewertet und ausschließlich zum Zweck der Beantwortung epidemiologischer und wissenschaftlicher Fragestellungen genutzt.

Vor- und Nachname:

Geb.-Datum:

Telefonnummer:

Beruf:

Haben Sie Beschwerden? Ja nein , falls nein, dann weiter mit Frage 1

Aktuelle Beschwerden:

Husten: Ja nein Atemnot: Ja nein Schnupfen: Ja nein

Halsschmerzen: Ja nein Fieber (ab 38°C): Ja nein

Muskel-/Gliederschmerzen: Ja nein Kopfschmerzen: Ja nein Durchfall: Ja nein

Übelkeit/Erbrechen: Ja nein Geruchs- oder Geschmacksverlust: Ja nein

1. Wo haben Sie sich in den letzten 14 Tagen aufgehalten?

Ausschließlich in Ihrer Heimatregion: Ja nein

Urlaub: Ja nein , wenn ja:

Land: _____ Provinz/Stadt: _____

Datum der Rückreise: _____

Mit welchen Verkehrsmitteln sind Sie zurückgereist?

2. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Gesundheitseinrichtung beispielsweise eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus besucht?

Ja nein Wenn ja, Ort/Datum des Besuchs:

3. Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer mit dem neuartigen Coronavirus-infizierten Person?

Ja nein Wenn ja, Ort/Datum des Kontaktes:

4. Haben Sie eine Corona-App? Ja nein , falls ja:

Haben Sie eine Warn-/Kontaktmeldung von Ihrer App erhalten: Ja nein

5. Waren Sie in den letzten 4 Wochen auf einer Großveranstaltung mit über 1.000 Teilnehmern?

Ja nein Wenn ja, Ort/Datum/Veranstaltungsname:

Allgemeine Angaben:

Rauchen Sie? Ja nein

Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____

Nehmen Sie Immunsuppressiva ein? (z.B. Cortison, Methotrexat oder andere) Ja nein Wenn ja, welche:

Sind Sie organtransplantiert? Ja nein

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck Ja nein Schlaganfall Ja nein Herzinfarkt/Herzschwäche Ja nein Diabetes mellitus Ja nein

Magen- und Darmerkrankungen Ja nein falls ja, welche:

Lungenerkrankungen Ja nein falls ja, welche:

Krebserkrankung Ja nein falls ja, welche:

Infektionskrankheiten Ja nein falls ja, welche:

Rheumaerkrankung Ja nein falls ja, welche:

Chronische Nierenerkrankung Ja nein falls ja, welche:

Chronische Lebererkrankung Ja nein falls ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja nein

Datum:

Unterschrift:

