

Abklärungsstelle der KVBB / LDS an der TH Wildau

für Coronavirus / SARS-CoV-2

Datum:

Uhrzeit:

Name:

Geburtsdatum:

Krankenversicherung:

Telefonnummer:

E-Mail:

Berufliche Tätigkeit:

Name des Betriebes:

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

| | Ja | Nein |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere Symptome:

Wann traten die ersten Symptome auf?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu jemandem mit bestätigter COVID-19-Infektion?

| Ja | Nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Art des Kontakts?

Gehören Sie einer Risikogruppe an? Ja Nein

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? Ja Nein

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

In welchem Gebiet waren Sie?

Risiko-Warnung durch Corona-App? Ja Nein

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|