

Nachname: _____ Geb.: _____ Alter:

Vorname: _____ Geschlecht: (bitte in Kästchen eintragen) m/w/d

Adresse: _____ Plz: _____ Name Bezirk, _____
kreisfreie Stadt _____
oder Landkreis _____

Tel. + Mail: _____

Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie Kontakt zu einer nachweislichen oder vermutlichen Infektionsquelle hatten:

Name der Person, der Lokalität, des Risikogebietes: _____
 (z.B. Max Mustermann, The Club-XY, Wuhan/China)

Letzter Tag des relevanten Kontaktes: _____

Bitte kreuzen Sie an, zu welcher Kategorie Sie sich selbst einstufen würden und begründen Sie kurz:

Mind. 15min. zugewandter Kontakt zu einem bestätigtem Fall auf weniger als 2m Abstand, oder Kontakt mit dessen Atemwegssekreten sowie Speichelkontakt _____ **Kategorie 1**

Zugewandter Kontakt zu einem bestätigten Fall für weniger als 15min von mehr als 2m Abstand, Aufenthalt in einem Risikogebiet / -lokalität oder medizinisches Personal ohne Schutzausrüstung bei mehr als 2m Abstand _____ **Kategorie 2**

Medizinisches Personal mit Schutzausrüstung bei weniger als 2m Abstand _____ **Kategorie 3**

Leiden Sie unter grippalen Symptomen, welche für eine Coronavirus-Infektion charakteristisch sind? Bitte beschreiben Sie diese und kreuzen den Schweregrad Ihrer Symptomatik an (0 – 10).

Art der Symptome: _____ Symptombeginn / Tag: _____
 (z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen oder keine)

Intensität der Symptome: **Bitte Zahl eingeben**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
mild			mäßig				stark			

Zählen Sie sich zu folgenden Risikogruppen?

- Herzpatienten (z. B. koronare Herzerkrankung) ja/nein
- Lungenpatienten (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Patienten mit chronischen Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem