

Gesundheitsfragebogen Coronavirus SARS-CoV-2

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon (mobil):
Adresse:	Mail:

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atembeschwerden, Geschmacks- oder Geruchsverlust)?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome? - Fieber - Husten - Schnupfen - Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns - Pneumonie (Lungenentzündung)		
Hatten Sie Kontakt zu jemandem mit einem bestätigten Coronavirus Sars-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
Bestand in den letzten 14 Tagen die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit Coronavirus Sars-CoV-2?		
Unterliegen Sie der Quarantänepflicht aufgrund eines Aufenthalts in einem durch die deutsche Bundesregierung ausgerufenen „Risikogebiet“?		
Sind Sie durch einen Covid -19 PCR Test (Polymerase chain reaction) in den letzten 14 Tagen positiv auf Coronavirus Sars-CoV-2 getestet worden?		

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden ist eine Teilnahme an nur mit einem aktuellen negativen Covid -19 Test möglich.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der SARS-CoV-2 Rückverfolgung entfallen ist (4 Wochen nach der Maßnahme).

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------