

Fragebogen COVID-19 – Besucher

Liebe Eltern, Begleitpersonen,

Um im Bedarfsfall die Infektionsketten einer COVID-19 Infektion nachzuvollziehen und Kontaktpersonen zu ermitteln, bitten wir Sie den Fragebogen sorgfältig auszufüllen und diesen an der Anmeldung abzugeben.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Fieber > 38°C Halsschmerz Schnupfen Abgeschlagenheit

Atemnot Trockener Husten Schüttelfrost Durchfall

Verlust des Geruchssinns

Kontakt zu Menschen in Quarantäne (z.B. Familienmitglied)

innerhalb der letzten 14 Tage: ja nein

Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage:

ja nein

Hat jemand in Ihrer Familie o.g. Beschwerden? ja nein

Sind Sie gegen COVID-19 geimpft? ja nein

Wann war Ihre 2., 3. Impfung? _____

Liegt ein aktueller Antigenschnelltest vor? ja nein

Liegt ein aktueller PCR- Test vor? ja nein

Datum:

Unterschrift: