

Telefonnummer:

Name:

Vorname:

Geb.am:

Wohnanschrift:

Reiseanamnese :

Reise von:

Reise bis:

Region/Land:

Patient hatte Kontakt mit 2019-nCoV-positiven Fall: ja nein

zu wem?

Datum letzter Kontakt:

Sind Sie in dieser Saison gegen **Influenza geimpft:** ja nein

Haben sie eine **Grunderkrankung:** ja nein

Herz-Kreislauf (inkl.Bluthochdruck): ja nein Diabetes: ja nein

Lebererkrankung: ja nein neurologische/neuromuskuläre Erkrankung: ja nein

Imundefizienz, inkl.HIV: ja nein Nierenerkrankung: ja nein

Chronische Lungenerkrankung(z.B.COPD): ja nein Krebserkrankung: ja nein

Schwangerschaft: ja nein SSW: Geburt vor weniger als 6Wo.: ja nein

Symptome: ja nein seit wann:

Schnupfen: ja nein Halsschmerzen: ja nein Husten: ja nein

Atemnot/Kurzatmigkeit: ja nein Fieber: ja nein wie hoch?

Welche anderen Symptome haben Sie?

Krankenhausaufnahme auf Grund von COVID 19: ja nein

Tätigkeit im medizinischen /pflegerischem Bereich: ja nein

Tätigkeit:

bitte wenden

Häusliche Situation:

Wohngemeinschaft mit:

Name:

Vorname:

geb.am:

Verwandtschaftsverhältnis:

Tätigkeit:
