



Gesundheitsfragebogen Coronavirus SARS-CoV-2

„Health Questionnaire“ 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? <ul style="list-style-type: none"> • 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? | | |
| Haben sie in den letzten 24h einen Antigen Schnelltest oder PCR-Test durchgeführt? Ergebnis bitte hier notieren negativ / positiv | XXXX | XXXX |

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: |
|--------|---------------|

Angabe der Daten bitte für den Kursteilnehmer!!!!