

Abfragebogen im Rahmen der Covid-19 Pandemie

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____

Impfstatus

- 1x geimpft Datum: _____ Impfstoff: _____
- 2x geimpft Datum: _____ Impfstoff: _____
- 3x geimpft Datum: _____ Impfstoff: _____
- Genesen Datum: _____ (pos PCR Befund (>28 Tage; < 6 Mon))
- neg Test (AG - max 24h; PCR max 48h)

Temperatur: _____ °C

Haben Sie folgende Symptome?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Husten / Schnupfen | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Fieber / Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| | <input type="checkbox"/> Geruchs- oder Geschmacksverlust |

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Covid-19 positiv getesteten Personen?

- Ja Nein

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Datum, Unterschrift