

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : _____ Geboren: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel: _____ daheim: _____ Arbeit: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen **SYMPTOME** einer COVID-19 Erkrankung?

HAUPTSYMPTOME

• Fieber > 37,5°C ja wann..... nein
• Husten ja wann..... nein
• Kurzatmigkeit ja wann..... nein

NEBENSYMPTOME

• Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja wann..... nein
• Halsschmerzen ja wann..... nein
• Kopfschmerzen ja wann..... nein
• Muskelschmerzen ja wann..... nein
• Verstopfte Nase ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen **KONTAKT** mit einer **COVID-19-positiven Person** (lebend oder verstorben) ?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen **KONTAKT** mit einer Person mit **COVID-19 Verdacht**?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen **KONTAKT** mit COVID-19 positiven **Familienangehörigen** oder mit Familienangehörigen mit COVID-19 Verdacht?

ja wann..... nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen **GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN** (Ambulatorien, Krankenhäuser, Altersheime ecc.) aufgesucht oder arbeiten Sie dort, wo COVID-19 positive Personen oder Personen mit COVID-19 Verdacht behandelt werden?

ja wann..... nein

Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen als **SANITÄTSPERSON** oder anderweitig in der **PFLEGE** mit einer COVID 19 positiven Person oder mit einer COVID-19 Verdachtsperson beschäftigt, oder arbeiten Sie in einem **LABOR** mit SARSCoV-2 Proben?

ja wann..... nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 **RISIKOGEBIET** ?

ja wo..... nein

Haben Sie **NASEN-RACHEN-ABSTRICHE** zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests Zum **ANTIKÖRPER** Nachweis und mit welchem Ergebnis?

ja nein Abstrich pos neg pos neg
Datum..... Datum..... Datum.....
ja nein Antikörper Nachweis pos neg Datum..... Datum.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)