

Fragebogen zur Selbsteinschätzung für Ihren SARS-CoV2-Antigentest

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

**Gemessene
Temperatur**

Haben sie aktuelle folgende Symptome: Fieber, Husten, Atemnot, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns? Oder andere Symptome einer Erkältung oder Grippe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen o.g. Symptome?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem der aktuellen Corona-Virus-Risikogebiete laut Robert-Koch-Institut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer positiv auf Covid-19 getesteten Person gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person gehabt, bei der Verdacht auf eine Infektion mit einem Coronavirus besteht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja. Wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum, Unterschrift:
