



Name	Patientenetikett	
Vorname		
<b>Krankheitssymptome in den letzten 14 Tagen</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Fieber > 38°C		
Husten		
Schnupfen		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Geruchs-/Geschmacksstörungen		
Durchfall		
Übelkeit/Erbrechen		
<b>Risikofaktoren COVID</b>		
Hat oder hatte der/die Patient/in COVID-19?	Befund vom:	
Hat oder hatte der/die Patient/in unmittelbaren Kontakt mit einer Person, welche COVID-19 positiv getestet wurde?	Wann?	
Liegt ein Befund von COVID-19 vor?	Abstrich erfolgte am: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv	
<b>Epidemiologische Risikofaktoren</b>		
War der/die Patient/in in den letzten 4 Wochen stationär in einem Krankenhaus/Rehabilitation-Einrichtung?		
Wohnt der/die Patient/in in einem Alten-/Pflegeheim, einer Alters-WG, einer Massenunterkunft		