

Abklärungsstelle der KVBB / LDS an der TH Wildau

für Coronavirus / SARS-CoV-2

Datum:

Uhrzeit:

Name:

Geburtsdatum:

Krankenversicherung:

Telefonnummer:

E-Mail:

Berufliche Tätigkeit:

Name des Betriebes:

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

	Ja	Nein
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Symptome:

Wann traten die ersten Symptome auf?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu jemandem mit bestätigter COVID-19-Infektion?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art des Kontakts?

Gehören Sie einer Risikogruppe an? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? Ja Nein

In welchem Gebiet waren Sie?

Risiko-Warnung durch Corona-App? Ja Nein