

FRAGEBOGEN COVID

Gesundheitsamt

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Wenn Ihre häusliche Versorgung nicht gesichert ist, unterstützt Sie das Ehrenamtszentrum Weimarer Land. Dieses erreichen Sie telefonisch unter 0151 54672210 oder per E-Mail unter ehrenamtszentrum@ehrenamt-wl.de

Haben Sie relevante Vorerkrankungen?
Wenn ja, welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |

Sind Sie bereits von Corona genesen? Nein

Wenn ja, Datum des damaligen PCR-Tests: _____

Sind Sie geimpft? Ja Nein

Wenn ja, wann? Datum: _____ Impfstoff: _____

1. Impfung _____

2. Impfung _____

3. Impfung _____

Haben Sie Symptome?

Wenn ja, welche?

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Geruchsverlust |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust |

Seit wann haben Sie Symptome? Datum: _____

Arbeitgeber bzw.
besuchte Einrichtung
(Kita, Schule, ...)

letzter Tag des Aufenthaltes: _____

