

Name/Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Mobil

E-Mail

In welchem Land haben Sie sich in den letzten 14 Tagen aufgehalten?

Land/Provinz/Stadt:

Daten des Aufenthaltes:

Wann war die Rückreise:

Reiseroute:

Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie zurückgereist:

Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer mit dem Corona-Virus infizierten Person (laborbestätigt)?

Ja Nein

Wenn ja, Ort/Datum des Kontaktes:

Intensität (wie nah, wie lange) des Kontaktes/Symptomatik der infizierten Person:

Haben Sie Symptome?

Ja Nein

Falls ja, seit wann haben Sie Symptome?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung | <input type="checkbox"/> Geruchsverlust |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung) | <input type="checkbox"/> Tachykardie (Herzrhythmusstörung mit Anstieg der Herzfrequenz) |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Tachypnoe (beschleunigte Atmung) |
| <input type="checkbox"/> Akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen |
| <input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe (Atemstörung) | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Krankheitszeichen | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen/-enge |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Leben in Ihrem Haushalt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kleinkinder (unter 3 Jahren) | <input type="checkbox"/> Personen unter Chemotherapie oder nach Organtransplantationen |
| <input type="checkbox"/> Personen älter als 70 Jahre | <input type="checkbox"/> Personen mit chronischen Lungen- oder Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schwangere | |