



Infektiologischer Fragebogen in Bezug auf die aktuelle Corona-Situation in Deutschland

Patientendaten

Name		Geschlecht	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> w
Adresse		Geburtsdatum		

Hatten Sie innerhalb in den letzten 2-3 Wochen Erkältungsbeschwerden/Husten/Fieber/Geschmacks- oder Geruchverlust/gastrointestinale Symptome?

Wenn ja, wann genau und welche Beschwerden lagen vor?

Haben Sie wegen dieser Beschwerden einen Abstrich auf Covid-19 erhalten oder haben Sie einen Antikörpertest durchführen lassen? Wenn ja, wie war das Ergebnis?

Hatten Sie Kontakt zu einer auf Sars-Cov-2 positiv getesteten Person?

Fühlen Sie sich aktuell gesund und fit?