

**PFLICHT, BITTE VORAB AUSFÜLLEN UND MITBRINGEN!
COVID-19 (CORONA) ANAMNESE:**

Waren Sie kürzlich verreist?

- Nein
- Ja – wohin?

Haben Sie sich in einem Risikogebiet für Corona-Virus aufgehalten?

- Nein
- Ja – wo genau?

Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?

- Nein
- Ja – wo, wann, mit wem?

Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?

- Nein
- Ja – wo, wann, mit wem?

Haben Sie Symptome wie Halsschmerzen, Husten, Schnupfen oder Fieber?

- Nein
- Ja – welche, seit wann?

Haben Sie chronische Erkrankungen?

- Nein
- Ja – welche?

Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem?

- Nein
- Ja – welche Erkrankung?

Sind Sie auf Corona getestet worden oder steht eine Testung bevor?

- Nein
- Ja

Datum

Name

Unterschrift