



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten ein und kreuzen Sie die zutreffenden Symptome an. Sie erleichtern uns damit unsere Arbeiten in dieser angespannten Zeit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname, Titel:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.:	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>
Email-Adresse:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
Handy:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

**Treten folgende Symptome bei Ihnen auf? Wenn JA, seit wann?**

- | Ja                       | Nein                     |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fieber  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luftnot   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Husten  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geschmacks/Geruchssinn-Verluste   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gliederschmerzen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schnupfen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Müdigkeit   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie an einer Veranstaltung in den letzten 14 Tagen teilgenommen?    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie sich in einem Risikogebiet in den letzten 14 Tagen aufgehalten? |

Wenn JA: WO?

- Haben Sie eine chronische Erkrankung, die als Risiko-Erkrankung für einen schweren Verlauf bei Corona-Infektion gilt?

Welche Erkrankung: wenn ja welche:

Sonstige Anmerkungen:

Datum:

Unterschrift:

