

» Corona-Fragebogen

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

oder Anschrift: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptomabfrage (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fieber
- Husten
- Geschmacks-/Geruchsstörung

Hiermit bestätige ich, dass ich

- aktuell keine der oben genannten Symptome aufweise und
- in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt mit einem positiv getesteten Covid19-Fall hatte.

Datum

Unterschrift Patient
