



Daten der abklärungsbedürftigen Person (COVID-19 Verdachtsfall)

Familienname

Vorname

Geb. Datum

Adresse

Nationalität

Tel/Handy:

E-Mail:

Anreisedatum

geplantes Abreisedatum

Anzahl der Mitbewohner im Zimmer

Sind Sie Teil einer Reisegruppe?

JA/NEIN

Haben Sie chronische Atemwegserkrankungen?

JA/NEIN

Seit wann bestehen die aktuellen Krankheitssymptome? _____ Tage

Aktuelle Symptome

(Mehrfachnennung möglich)

(bitte ankreuzen)

- plötzlich einsetzender, trockener Husten
- Fieber
- Schwäche, Müdigkeit über mehrere Tage
- plötzlicher Geschmacks-/Geruchsverlust
- starke Kopfschmerzen seit mehreren Tagen

Wurden Sie in den letzten Monaten POSITIV auf Covid-19 getestet?

JA/NEIN

Wurden Sie in den letzten Monaten bereits als KONTAKTPERSON abgesondert? JA/NEIN

Unterschrift