

Elternzentrum Taxisstrasse  
am Rotkreuzklinikum München

## Fragebogen Coronavirus SARS-COVID-19

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Welcher Kurs wird besucht?	Datum:

**Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:**

	Ja	nein
Besteht aktuell oder bestand in den letzten 2 Wochen eines der folgenden Symptome? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Husten</li> <li>• Schnupfen</li> <li>• Kopfschmerzen</li> <li>• Fieber</li> <li>• Grippe-symptome (Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen...)</li> <li>• Geschmacksverlust/Geruchsverlust</li> </ul>		
Bestand in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit Verdacht auf oder bestehender SARS-COVID 19 – Erkrankung?		
Wurde bei Ihnen ein Abstrich auf SARS-COVID 19 gemacht?		
Wenn ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Selbst-Test    wann zuletzt _____ Ergebnis: pos. / neg.</li> <li>○ Schnell-Test    wann                    _____                    pos. / neg.</li> <li>○ PCR-Test        wann                    _____                    pos. / neg.</li> </ul>		
Besteht ein Arbeitsverhältnis in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis?		
Besteht ein Arbeitsverhältnis in einem Bereich, in dem Sie mit Risiko-Personen zu tun haben (z.B. Pflegeheim, Krankentransport etc.)		

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

