



SARS-CoV2-Diagnostik

Patient: _____ Geb.- Datum: _____

Telefonnummer des Patienten: _____

- **Haben Sie Beschwerden?** Nein Ja, seit dem _____ und zwar folgende:
 Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Fieber, Geruchsstörungen,
 Geschmackstörungen, Schmerzen, körperliche Schwäche, Durchfall,

- **Nur für Reiserückkehrer: In welchem Land und welcher Region waren Sie?** Nachweis muss vorgelegt werden (Flug-/Bahnticket, Hotelrechnung, Tankbeleg, etc.)
 _____ bis wann? _____

- **Hatten Sie ein „erhöhtes Risiko“ auf Ihrer Corona-Warn-App?** Ja Nein
 Wann war der Kontakt mit „erhöhtes Risiko“? Datum: _____

- **Hatten Sie Kontakt zu einer SARS-CoV2-positiv getesteten Person?** Ja Nein

 Wenn Ja, wann? _____ wer? Name, Vorname _____ und wie?
 enger Kontakt >15 min,
 gemeinsamer Haushalt, Feier, Singen, Sport in Innenräumen,
 gemeinsamer Aufenthalt in Klassenräumen etc.
 Sonstiges _____

- **Arbeiten Sie in einem medizinischen Heilberuf?** Nein Ja, als _____

- **Befinden oder befanden Sie sich in einer medizinischen Einrichtung, in der ein SARS-COV2-Ausbruch festgestellt wurde?** Nein Ja, bis zum _____

- **Arbeiten Sie in einer medizinischen Einrichtung, in der ein SARS-COV2-Ausbruch festgestellt wurde?** Nein Ja, zuletzt anwesend am _____

- **Planen Sie eine ambulante Operation?** Nein Ja, am _____

- **Planen Sie eine Aufnahme in ein Krankenhaus, Pflegeheim/Rehaklinik?** Nein Ja, am _____

- **Wurden Sie gegen Corona geimpft?** Nein Ja, am _____
 am _____
 am _____

- **Sind Sie einverstanden mit der Übermittlung des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server?** Ja Nein

Datum/Unterschrift: _____