

**COVID-19 ANAMNESE**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ daheim: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?**

**HAUPTSYMPTOME**

- Fieber > 37,5°C ja  wann..... nein
- Husten ja  wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja  wann..... nein

**NEBENSYMPTOME**

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja  wann..... nein
- Halsschmerzen ja  wann..... nein
- Kopfschmerzen ja  wann..... nein
- Muskelschmerzen ja  wann..... nein
- Verstopfte Nase ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer COVID-19-positiven Person (lebend oder verstorben) ?**

ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer Person mit COVID-19 Verdacht?**

ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit COVID-19 positiven Familienangehörigen oder mit Familienangehörigen mit COVID-19 Verdacht?**

ja  wann..... nein

**Haben Sie in den letzten 14 Tagen GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (Ambulatorien, Krankenhäuser, Altersheime ecc.) aufgesucht oder arbeiten Sie dort, wo COVID-19 positive Personen oder Personen mit COVID-19 Verdacht behandelt werden?**

ja  wann..... nein

**Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen als SANITÄTSPERSON oder anderweitig in der PFLEGE mit einer COVID 19 positiven Person oder mit einer COVID-19 Verdachtsperson beschäftigt, oder arbeiten Sie in einem LABOR mit SARSCoV-2 Proben?**

ja  wann..... nein

**Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 RISIKOGEBIET ?**

ja  wo..... nein

**Haben Sie NASEN-RACHEN-ABSTRICHE zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests Zum ANTIKÖRPER Nachweis und mit welchem Ergebnis?**

ja  nein  Abstrich pos  neg  Datum..... pos  neg  Datum.....  
 ja  nein  Antikörper Nachweis pos  neg  Datum..... pos  neg  Datum.....

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)