

 **WARNSYMPTOME**

Fragebogen: COVID-19 Risikofragebogen




| | |
|---|---|
| Kontakt mit bestätigtem Corona-Patienten | Ja, App Warnung |
| Risikogruppe für schwere Verläufe laut RKI | Ja |
| RKI Empfehlung für Testung prüfen: Störung des Geruchs- oder Geschmackssinns | Geruchs- / Geschmackssinn: Hyposmie / Hypogeusie |
| RKI Empfehlung für Testung prüfen: Symptome + Kontakt (KP1) | Abgeschlagenheit: Leicht - Fieber: Mittel - Halsschmerzen/-kratzen: Leicht - Geruchs- / Geschmackssinn: Hyposmie / Hypogeusie - Kopfschmerzen: Leicht - Kontakt mit bestätigtem Corona-Patienten: Ja, App Warnung |
| RKI Empfehlung für Testung prüfen: Akute respiratorische Symptome + zusätzlicher Risikofaktor | Fieber: Mittel - Halsschmerzen/-kratzen: Leicht - Risikogruppe für schwere Verläufe laut RKI - Vorerkrankungen / Gewohnheiten: Diabetes mellitus |


 **WICHTIGE ANTWORTEN**




Fragebogen: COVID-19 Risikofragebogen

| | |
|--|--------|
| Veränderung der Beschwerden in den letzten 2 Tagen | Gleich |
| Reisen in den letzten 2 Wochen | Keine |
| AU-Bescheinigung benötigt | Ja |




 **FRAGEBOGEN: COVID-19 RISIKOFRAGEBOGEN**

| Beschwerden | |
|--------------------------------|---|
| Husten | Nein |
| Abgeschlagenheit | Leicht  |
| Fieber | Mittel  |
| Temperatur bei letzter Messung | 38.7 °C |
| Akute Luftnot | Nein |
| Halsschmerzen/-kratzen | Leicht  |
| Geruchs- / Geschmackssinn | Hyposmie / Hypogeusie  |
| Schnupfen | Nein |
| Gliederschmerzen | Nein |
| Kopfschmerzen | Leicht  |
| Durchfall | Nein |

| | |
|--|--|
| Beginn der Symptome vor... | 4 Tag(e) |
| Krankheitsbeginn | Langsam (innerhalb mehrere Tage) |
| Veränderung der Beschwerden in den letzten 2 Tagen | Gleich  |
| Weitere neue Beschwerden | - nicht beantwortet - |

| Kontakt zu Erkrankten | |
|--|---|
| Kontakt mit bestätigtem Corona-Patienten | Ja, App Warnung   |
| Reisen in den letzten 2 Wochen | Keine  |
| Exposition | Nein |
| Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung ungeklärter Ursache | Nein |
| Kontakt während Symptomatik | Nein |
| Prospektiver Kontakt zu vielen Personen / Risikogruppen | Nein |
| Landkreis / Wohnort | Landkreis XY |

| Beruf | |
|--|-------------|
| Personal | Nein |
| Einrichtungen / Unternehmen nach § 23 Abs. 3 oder § 36 Abs. 1 IfSG | Nein |
| Beruf | Verkäuferin |
| BewohnerIn / PatientIn in | Nein |

| Vorerkrankungen | |
|--|--|
| Risikogruppe für schwere Verläufe laut RKI | Ja   |
| Vorerkrankungen / Gewohnheiten | Diabetes mellitus  |
| Gegen Influenza geimpft (diese Saison) | Ja |
| Gegen Pneumokokken geimpft | Nein |

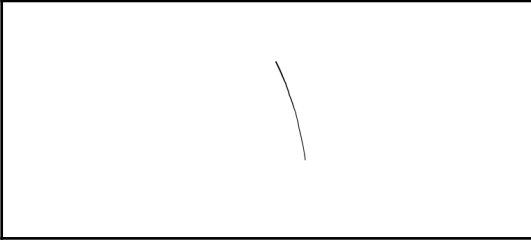
| Testungen | |
|--------------------------------|---------------------|
| Kontakt mit Gesundheitsamt | Nein |
| Frühere Covid Testung? | Nein |
| Weitere wichtige Informationen | Beispielinformation |

| Kontaktdaten + AU | |
|---------------------------|--|
| AU-Bescheinigung benötigt | Ja  |
| Rufnummer | 012345678910 |
| Straße und Hausnummer | Musterstraße 1 |
| PLZ und Wohnort | 12345 Musterstadt |

Untersignet von: Helene Baum

Angefordert: 11. November 2020 13:48

Beantwortet: 11. November 2020 13:50



Unterschrift erfasst mit
Idana Trusted Signature