

# Corona- Anamnesefragebogen

**Ausweisnummer:**

Name	Vorname
Geb. Datum	Uhrzeit

**Ja**

**Nein**

Fühlen Sie sich krank oder haben Sie Fieber?

Leiden Sie unter Atembeschwerden?  
(Husten, Heiserkeit, Atemnot usw.)

Leiden Sie unter folgenden Verdachtssymptomen?

- Verlust der Geruchs- oder Geschmacksempfindungen?
- Schnupfen
- Hals- und Rachenschmerzen
- Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen seit weniger als 2 Wochen
- Erbrechen oder Durchfall in den letzten Tagen

Hatten Sie in den letzten 10 Tagen persönlichen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person?

Sind Sie Reiserückkehrer?

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**

Ort, ..... Datum, .....

Unterschrift: .....