

CORONA Testung Fragebogen

1. Name	_____	Vorname	_____
2. Telefonnummer	_____	3. Geburtsdatum	_____
4. Emailadresse	_____		_____
5. Reiserückkehrer	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welches Land?	_____
6. Empfehlung zur Testung durch WarnAPP erfolgt?			JA <input type="checkbox"/>
7. Corona Kontakt:	1. Grades <input type="checkbox"/>	2. Grades <input type="checkbox"/>	3. Grades <input type="checkbox"/>
Wann war der Kontakt (genaues Datum)?			
8. Seit wann haben Sie Symptome (genaues Datum)?	_____	_____	
<u>Welche Symptome:</u>			
✓ Verlust von Geruchs – und Geschmackssinn		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
✓ Atemnot	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	✓ Fieber	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
✓ Husten	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	✓ Schnupfen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
9. Bildungseinrichtung		• Schule	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Dozent/Lehrer/Erzieher		• Kita	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
10. Medizinisches Personal		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
11. Pflegepersonal/Heim		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn JA, gibt es einen radiologischen oder klinischen Nachweis einer Lungenentzündung und gehäuftes Vorkommen in der Einrichtung?			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
12. Benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung?		JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Von: _____
			Bis: _____
13. Einverständnis für die Übertragung zur Corona WarnAPP?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Privat-Leistungen (füllt der Arzt aus):			
<u>Zahlung erfolgt durch:</u> Chef/Betrieb/Firma		<input type="checkbox"/>	
Behörde		<input type="checkbox"/>	
Krankenkasse		<input type="checkbox"/>	
Privat		<input type="checkbox"/>	

VIELEN DANK!

Heutiges Datum