

# CORONA Testung Fragebogen

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

**Bitte halten Sie einen Mindestabstand von 1,5 m,  
und warten Sie auf unsere Ansage.**

**VIELEN DANK!**

Heutiges Datum \_\_\_\_\_