



# Gesundheitsfragebogen

Datum des Klinikaufenthalts	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon- und/oder Handynummer	
Zuständiges Gesundheitsamt	

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

1. Ich habe mich in den vergangenen 14 Tagen in einem internationalen COVID-19 Risikogebiet (gemäß der aktuellen Einschätzung des Robert-Koch-Instituts) aufgehalten?	Ja	Nein
2. Ich hatte Kontakt mit einer COVID-19 infizierten Person?	Ja	Nein
3. Ich weise Symptome auf, wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden oder Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns.	Ja	Nein