

Fragebogen grippaler Infekt/Influenza/Corona

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Symptome seit wieviel Tagen:

Aufenthalt außerhalb Deutschlands:

nein

ja wenn ja, wo:

.....
Sicherer Kontakt mit bestätigtem Corona-Patient:

nein

ja

Sicherer Kontakt mit Verdachtsfall:

nein

ja

Bitte **alle** Fragen beantworten!

Beschwerden	Schweregrad			
	keine	leicht +	mittel ++	schwer +++
Abgeschlagenheit				
Gliederschmerzen				
Geruchsverlust				
Geschmacksverlust				
Fieber max. in °C				
Schüttelfrost				
Schnupfen				
Halsschmerzen				
Husten				
Luftnot				
Kurzatmigkeit				
Durchfall				
Kopfschmerzen				
Sonstiges				