

Risiko- Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	ja	nein
Haben Sie Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 – Fall innerhalb der letzten 14 Tage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome- Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (Bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	ja	nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und /oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>