

ANAMNESEBOGEN FÜR SEROLOGISCHEN COVID-19-TEST

NACHNAME: _____ **NAME:** _____

Sie unterziehen sich diesem Test als:

Privatperson Arbeitnehmer

Arbeiten Sie zur Zeit? JA NEIN

Arbeiten Sie von zu Hause aus? JA NEIN

Arbeiten Sie an Ihrem Arbeitsplatz? JA NEIN

Waren Sie mit Covid-19-Erkrankten in Kontakt? JA NEIN

Wenn ja, haben Sie die Quarantäne eingehalten
(sind seit dem letzten Kontakt 14 Tage vergangen)? JA NEIN

Symptome

Hatten Sie folgende Symptome?

Fieber ≥ 37 JA NEIN

Müdigkeit JA NEIN

Husten JA NEIN

Atembeschwerden JA NEIN

Konjunktivitis (Bindehautentzündung) JA NEIN

Erkältung JA NEIN

Muskelschmerzen JA NEIN

Durchfall (letzte 15 Tage) JA NEIN

Störung der Geruch- und Geschmacksinns JA NEIN

Weitere Symptome:

Wann hatten Sie die Symptome:

Datum: _____

Unterschrift: _____