

**Persönliche Daten (Bitte in Blockschrift und leserlich schreiben)**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

Aufkleber/ Pat. Etikett

**Fragebogen**

- Beschwerden / Symptome: (v.a. Fieber, Husten, Luftnot, Geschmacksstörung)  
 Ja       Nein      wenn ja, seit wann und welche: \_\_\_\_\_
- Verschlechterung eingetreten:  
 Ja       Nein      wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie wesentlich länger als 15 Minuten, persönlichen Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Corona-Virus im Labor nachgewiesen wurde?  
 Ja       Nein
- Grippeimpfung 2019/2020      Pneumokokkenimpfung  
 Ja       Nein       Ja       Nein
- Allergien  
 Ja       Nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- aktuelle Medikamente: (auch pflanzliche Medikamente gegen grippale Infekte)  
 Ja       Nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Wichtige Vorerkrankungen  
(Herz-Kreislaufkrankungen-KHK, Infarkt, Herz-OP, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, chron. Bronchitis / COPD / Asthma , Raucher, Immunschwäche ( Rheuma, M. Crohn etc ) :  
 Ja       Nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_