

## Fragen zur Filterung einer möglichen Infektion mit SARS CoV-2

Datum der Befragung:

Name :

Name Partner :

	JA	NEIN
Haben sie derzeit Husten?		
Haben sie derzeit Halsschmerzen?		
Hatten sie zuletzt Probleme mit Übelkeit oder Erbrechen?		
Hatten sie zuletzt Geruchs oder Geschmacksstörungen ?		
Haben sie Kopfschmerzen im Bereich der Stirn?		
Hatten sie Kontakt zu einem Patienten mit SARS CoV-2?		

**Hiermit erkläre ich/ wir, die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.**

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_