

# Fragebogen zur epidemiologischen Risikobewertung

In Anbetracht der Notwendigkeit, die Gesundheit der im "Herrenhaus" lebenden Personen zu schützen, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen.

Ihr Vorname und Nachname \_\_\_\_\_

1. Befindet sich **eine Person in Ihrer unmittelbaren Umgebung unter Quarantäne?**

JA  NEIN

2. Gibt es einen **bestätigten COVID-19-Fall in Ihrer unmittelbaren Umgebung?**

JA  NEIN

3. Wurde bei **Ihnen eine COVID-19-Infektion diagnostiziert?**

JA  NEIN

4. Haben Sie eines dieser Symptome?

Fieber (über 38 ° C)  JA  NEIN

Husten  JA  NEIN

Atemlosigkeit  JA  NEIN

Atembeschwerden  JA  NEIN

Muskelkater  JA  NEIN

ermüden  JA  NEIN

Laufende Nase  JA  NEIN

Durchfall  JA  NEIN

Halsschmerzen  JA  NEIN

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen wahr sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift