



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____ Tel: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration BW ausgewiesenen Risikogebiet / Hochrisikogebiet oder Virusvariantengebiet (Reisewarnung) nach § 1 Absatz 1, 4 der CoronaVO EQ?

Ja Nein

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 / einer mit Virusvarianten erkrankten Person?

Ja Nein

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen (PCR / Antigen) lassen?

Nein

Falls ja, Testergebnis: positiv Testdatum: _____

negativ

Sind Sie bereits geimpft? Ja 1fach geimpft 2fach geimpft

Nein

Sind Sie erkrankt?

Nein

Ja, und zwar an: rauer Hals raue Kehle Fieber

laufende Nase Kopfschmerzen Geschmack- und Geruchslosigkeit

Falls ja, seit wann? _____

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

* Alter \geq 60 Jahre

Herz-Vorerkrankungen

Lungen-Vorerkrankungen (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)

Chronische Lebererkrankungen

Diabetes mellitus

Onkologischer Patient (Chemotherapie)

Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)