

Allgemeine Informationen	
Name und Nachname	
Aufnahme im Haus Schutzengel	

Fragebogen	Ja	Nein
<p>1. Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tagen in ein Gebiet in Deutschland oder ein Land gereist, in dem ein hohes Infektionsrisiko besteht?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>...oder in ein Bundesland, oder einen Kreis mit erhöhten Infektionszahlen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<p>2. Haben Sie ausgeprägte Symptome wie Fieber, Husten, Atemnot, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Halskratzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit, oder Durchfall</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in Kontakt mit potentiell infizierten Personen bzw. mit Personen, die kürzlich aus einem der oben genannten Länder zurückgekehrt sind bzw. dort leben bzw. in diesen Ländern/Gebieten arbeiten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Covid-19 Erkranktem?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Covid-19 Verdachtsfall?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Hatten Personen Ihrer Familie Kontakt (insbesondere Kinder) zu Covid-19 Erkranktem oder Verdachtsfall?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Hiermit bestätige ich die Korrektheit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben</b></p>	<p><b>Datum</b></p> <p><b>Unterschrift</b></p>
--	--