

# MVZ-Corona-Fragebogen



Name, Vorname, \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Bringen Sie bitte diesen Fragebogen ausgefüllt zum Abstrich-Termin mit und bitte auch Ihre Versichertenkarte und unbedingt die ausgefüllte Datenschutzerklärung!

Im Falle eines positiven PCR-Testergebnisses, welches Sie online im Labor abrufen, melden Sie sich bitte selbst beim Gesundheitsamt und begeben Sie sich in Quarantäne (siehe Infoblatt online).

**Bitte kreuzen Sie unter den Punkten 1.) - 5.) den Grund für den Abstrich an**

1.  Ich habe Beschwerden seit \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Geschmacks- oder Geruchsstörungen Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Schnupfen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Husten / Atemnot	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Erbrechen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Durchfall	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Hautausschlag	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Fieber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
(wenn ja, wie hoch war die gemessene Temperatur):	Temperatur _____ °C	

Name, Vorname \_\_\_\_\_

2.  Ich benötige eine Krankmeldung (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) vom Arzt

3.  Ich habe Angst mich mit Corona infiziert zu haben

4.  Ich hatte Kontakt zu einer Corona-positiv getesteten Person

Am \_\_\_\_\_ über die Dauer von \_\_\_\_\_ Min / \_\_\_\_\_ Std.

Ein Abstrich ist erst fünf Tage nach Kontakt sinnvoll / aussagekräftig!

5.  Ich brauche einen Abstrich zum Nachweis der CoV19-Infektfreiheit vor Aufnahme in eine Einrichtung, wie Krankenhaus, Reha etc.

(Anforderung der Einrichtung vorlegen!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift