

## **Fragebogen COVID-19**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Termin am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Beraterin: \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell grippeähnliche Symptome (z.B. Husten, Fieber, Atemnot)?

ja  nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem COVID19-Erkrankten?

ja  nein

Sind Sie innerhalb der letzten 14 Tage aus dem Ausland zurückgekehrt oder standen Sie in Kontakt zu Rückkehrern?

ja  nein

Standen Sie innerhalb der letzten 14 Tage in Kontakt zu Rückkehrern aus dem Ausland?

ja  nein

Ich habe die Hygiene- und Sicherheitshinweise der Beratungsstelle zu persönlichen Gesprächskontakten gelesen und akzeptiert:

ja  nein

Die Beratungsstelle arbeitet nach den Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung. Diese können Sie in den Handreichungen zum Datenschutz vor Ort nachlesen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Datenverarbeitung einverstanden.

.....

**Ort, Datum & Unterschrift**