Selbsteinschätzungs-Fragebogen COVID-19

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Ausbildung: _____

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in

Italien: nein ja Piemont Emilia-Romagna Lombardei Venetien

Südtirol andere Region: _____

einem anderen Staat: nein ja Wenn ja, wo? _____

einer anderen Region Österreichs: nein ja Wenn ja, wo?: _____

Hatten Sie engen Kontakt (über 15 Minuten in weniger als 2 Meter Abstand) zu einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19 Fall?

nein ja

Haben Sie Fieber? nein ja Wenn ja, wie hoch? _____

Haben Sie Muskelschmerzen? nein ja

Haben Sie Husten? nein ja

Haben Sie Atemnot? nein ja

Seit wann haben Sie Symptome? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt und zudem, dass ich die Schutz- und Hygienerichtlinie des AZW/der fh gesundheit zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift: _____ Datum: _____