



COVID-19 Kontrollformular für das Boot

COVID-19-Screening-Fragebogen: Allgemeine Informationen

Von der Person ausgefüllt:

Name: _____

Körpertemperatur: _____

Visuellen Anzeichen einer Krankheit:

Ja

Nein

Beschreibung der Symptome:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome

Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Muskelkater	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Brennender Hals	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Übelkeit / Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Müdigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ungeklärte Krankheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

In den letzten 14 Tagen haben Sie alle von der WHO oder dem örtlichen nationalen Leitfadern festgelegten Hochrisikogebiete besucht?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie an, in welchem Land.

Waren Sie schon einmal in einer Gesundheitseinrichtung, in der bestätigte oder vermutete Fälle des neuartigen Covid 19 behandelt wurden?

Ja

Nein

Haben Sie jemals Kontakt mit einem bestätigten oder vermuteten Fall des neuen Coronavirus (COVID-19) aufgenommen?

Ja

Nein

Datum : _____

Unterschrift: _____

