

CoViD-19 Anamnese

Im Rahmen des Beratungsangebotes
der Krebsberatungsstelle

Psychosoziale 
Krebsberatungsstelle
für Betroffene und Angehörige

Teilnehmerdaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

.....

Infektion mit CoViD-19 / Corona - Testung

Haben Sie eine Infektion durchgemacht ? ja nein

→ Falls „ja“: Ist die Bescheinigung mindestens 28 Tage jedoch höchstens 6 Monate alt? ja nein

Liegt ein negativer Abstrich auf Sars-Cov-2 vor (nicht älter als 24 Stunden) ja nein

Impfung

Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft? ja nein

→ Falls „ja“: 1. Impfdatum 2. Impfdatum

Anamnese

Haben Sie derzeit bzw. hatten Sie folgende Krankheitsmerkmale in den letzten 14 Tagen?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber > 38 °C | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Trockener Husten | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerz | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchssinns |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | |

Kontakt zu Menschen in Quarantäne (gilt nur für Personen, die im gleichen Haushalt zusammen leben) innerhalb der letzten 14 Tage: ja nein

Kontakt zu bestätigtem CoViD-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage: ja nein