

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Selbstauskunft zur Beurteilung SARS-CoV-2 Risiko (Stand: 16.10.2020)

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

<p>1. Personenbezogene Daten</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Name</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Vorname</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Geburtsdatum</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Adresse (Heimat)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Telefon (mobil)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mail</td></tr> </table> <p>2. Kontaktrisiko- Evaluation</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%; padding: 2px;">Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 wahrheitsgemäß und zutreffend</th> <th style="width: 10%; padding: 2px;">Ja</th> <th style="width: 10%; padding: 2px;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage einen Verdachtsfall im eigenen Haushalt?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bestand gegen Sie in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage eines der Risikogebiete gemäß der aktuellen Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (Liste einzusehen auf der Homepage des RKI) Wenn ja, bitte ausführen wann und wo:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Wurden Sie nach Reiserückkehr gemäß den Verordnungen zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? Bitte legen Sie das entsprechende Attest vor</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse (Heimat)	Telefon (mobil)	Mail	Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 wahrheitsgemäß und zutreffend	Ja	Nein	Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?			Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage einen Verdachtsfall im eigenen Haushalt?			Bestand gegen Sie in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:			Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage eines der Risikogebiete gemäß der aktuellen Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (Liste einzusehen auf der Homepage des RKI) Wenn ja, bitte ausführen wann und wo:			Wurden Sie nach Reiserückkehr gemäß den Verordnungen zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? Bitte legen Sie das entsprechende Attest vor			<p>3. Symptomevaluation</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; padding: 2px;">Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)</th> <th style="width: 15%; padding: 2px;">Ja</th> <th style="width: 15%; padding: 2px;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Fieber</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Husten</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Dyspnoe (Atemnot)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Geschmacks- und/oder Riechstörungen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Halsschmerzen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Schnupfen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Durchfall</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Erbrechen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Übelkeit</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Sollte sich an einem der oben angegebenen Punkte etwas ändern, werde ich den Verein (martina.bauer@ehc80.com) diesbezüglich natürlich sofort informieren.</p> <p>Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. (Anm.: Auf die Bußgeldvorschrift des § 73 Abs. 1a Nr. 6 IfSG sowie auf die Strafvorschrift des § 74 IfSG wird hingewiesen).</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter </p>	Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein	Fieber			Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen			Husten			Dyspnoe (Atemnot)			Geschmacks- und/oder Riechstörungen			Halsschmerzen			Schnupfen			Durchfall			Erbrechen			Übelkeit		
Name																																																										
Vorname																																																										
Geburtsdatum																																																										
Adresse (Heimat)																																																										
Telefon (mobil)																																																										
Mail																																																										
Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 wahrheitsgemäß und zutreffend	Ja	Nein																																																								
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?																																																										
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage einen Verdachtsfall im eigenen Haushalt?																																																										
Bestand gegen Sie in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:																																																										
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage eines der Risikogebiete gemäß der aktuellen Liste des Robert-Koch-Instituts besucht? (Liste einzusehen auf der Homepage des RKI) Wenn ja, bitte ausführen wann und wo:																																																										
Wurden Sie nach Reiserückkehr gemäß den Verordnungen zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? Bitte legen Sie das entsprechende Attest vor																																																										
Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein																																																								
Fieber																																																										
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen																																																										
Husten																																																										
Dyspnoe (Atemnot)																																																										
Geschmacks- und/oder Riechstörungen																																																										
Halsschmerzen																																																										
Schnupfen																																																										
Durchfall																																																										
Erbrechen																																																										
Übelkeit																																																										