# 

# Risikoabschätzung für Covid-19-Infektion

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Untersucher |  | Datum / Zeit |  |

Die Fragen dienen zum Abschätzen des Risikos für eine Covid-19-Infektion.

Beantworten Sie bitte jede Frage. Bei Unsicherheiten hilft Ihnen das Praxispersonal.

### Fühlen Sie sich gesund

Ja Nein

### Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber, Husten, Hals- oder Gliederschmerzen?

Ja Nein

### Ist in den letzten Tagen eine Einschränkung in Ihrem Geschmacks- oder Geruchsempfinden aufgetreten?

Ja Nein

### Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Covid-19-positiven Person?

Ja Nein

### Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?

Ja Nein