

Bürgertest-Fragebogen SARS-CoV-2-Risiko zur Durchführung eines POC-Antigentests**Erhebung personenbezogener Daten**

| | |
|----------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |
| Sonstiges | |

Kontaktrisiko-Evaluation

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 | Ja | Nein |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: | <input type="checkbox"/> ----- | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo: | <input type="checkbox"/> ----- | <input type="checkbox"/> |

Symptome-Evaluation (bitte berücksichtigen Sie auch die letzten 7-14 Tage)

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (+letzten 14 Tage) | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dyspnoe (Atemnot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschmacks- und/oder Riechstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhinitis (Schnupfen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrhoe (Durchfall) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, soll eine Testung bei einem ärztlichen Kollegen oder einem Testcenter mittels PCR-Testung erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Formular zur Abrechnung aufbewahrt wird und im Falle eines positiven Tests die Ergebnisse an das Gesundheitsamt gemeldet werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Test durchgeführt wurde. Das Ergebnis wurde mir auf schriftlichem Weg mitgeteilt.

Testdatum: _____

Uhrzeit: _____

Datum, Unterschrift

Ergebnis:

positiv

negativ