

GESUNDHEITSCHECKLISTE: SELBSTEST VOR ANREISE

NAME:

--

Wie geht es Ihnen heute?

<input type="checkbox"/>	Ich habe Krankheitssymptome.
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich gut.

Haben Sie Husten?

<input type="checkbox"/>	Ja (ohne plausible Erklärung)
<input type="checkbox"/>	Nein (oder plausible Erklärung)

Leiden Sie an Kurzatmigkeit?

<input type="checkbox"/>	Ja (ohne plausible Erklärung)
<input type="checkbox"/>	Nein (oder plausible Erklärung)

Haben Sie Halsschmerzen?

<input type="checkbox"/>	Ja (ohne plausible Erklärung)
<input type="checkbox"/>	Nein (oder plausible Erklärung)

Leiden Sie an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?

<input type="checkbox"/>	Ja (ohne plausible Erklärung)
<input type="checkbox"/>	Nein (oder plausible Erklärung)

KLINISCHE KRITERIEN

Hatten Sie direkten Kontakt mit einem bestätigten COVID-19-Fall?

<input type="checkbox"/>	Ja, in einer Entfernung von unter 2 Metern und einer Dauer von mehr als 15 Minuten
<input type="checkbox"/>	Ja, in einer Entfernung von über 2 Metern oder einer Dauer von unter 15 Minuten
<input type="checkbox"/>	Nein

Hatten Sie direkten physischen Kontakt (z.B. Hände schütteln) mit einem bestätigten COVID-19-Fall?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Hatten Sie ungeschützten, direkten Kontakt mit infektiösen Sekreten eines bestätigten COVID-19-Falls?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein