



Lieber Patient, liebe Patientin,

Sie berichten über Erkältungssymptome oder fragen nach der Notwendigkeit, einen „CORONA-Test“ durchzuführen. Die Angaben des untenstehenden Fragebogens helfen uns sehr, Sie zu beraten.

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus. Wir werten Ihre Angaben aus und melden uns so zeitnah wie möglich mit einem Vorschlag für das weitere Vorgehen bei Ihnen zurück.

Sie können uns den ausgefüllten Fragebogen gerne elektronisch zurücksenden. Bitte beachten Sie, dass dieser Versand per E-Mail erfolgt, und somit nicht vollständig gegen Versuche unberechtigter Dritter geschützt werden kann, Daten einzusehen. Alternativ können Sie das Dokument ausdrucken und uns unter der Rufnummer (030) 452 86 69 auf sicherem Wege faxen.

Name, Vorname

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Adresse

Telefon (vorzugsweise Mobilrufnummer)

E-Mail

Symptome seit (Tag, Monat, Jahr)

Symptome	ja	nein
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber (> 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchs-/Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorerkrankungen	ja	nein	weiß nicht
Chronische Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (z.B. Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma oder Immunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische neurologische oder psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Nierenerkrankungen (eingeschränkte Nierenfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grippeimpfung für Herbst/Winter 2020/21 bereits erfolgt? ja  nein

Beruf (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Schüler/Student  Berufstätig  Arbeitssuchend/Ohne bezahlte Beschäftigung  Berentet

Berufsbezeichnung

Bestand ein Kontakt zu einer COVID 19 infizierten Person? ja  nein

Falls ja: Datum (Tag, Monat, Jahr)

Falls bekannt: Beginn der Symptome bei dieser Person (Tag, Monat, Jahr)

Falls diese Person positiv getestet wurde und bekannt: Datum des Tests (Tag, Monat, Jahr)

Dieser Kontakt war eng (unter 1,5 m und/oder ohne Maske und/oder länger als 15 Min) ja  nein

In welcher Umgebung könnte die Ansteckung erfolgt sein? (bspw: Party, Seniorenheim, Kindergarten, Reise etc., bitte nur Stichwort)

Hausarzt/Hausärztin (Name, Adresse, Telefonnummer)

Corona Warn App installiert?

(Mittels Corona Warn App kann das Testergebnis von Ihnen eingesehen werden!)

ja  nein

Für Zwecke der Corona-Warn-App erteile ich mein Einverständnis zum Übermitteln des Testergebnisses auf den vom Robert-Koch-Institut betriebenen Server (Ein „Ja“ bei dieser Frage ist die Voraussetzung, dass das Labor einen so genannten QR-Code zur Verfügung stellt, mit dem Sie ihr Testergebnis selbständig einsehen können.)

ja  nein

Für den Fall, dass eine COVID-19 Infektion bei Ihnen diagnostiziert wird, werden wir Sie fragen, ob Sie einverstanden sind, Ihre Daten für ein ambulantes COVID 19 Register (ABC 19 Studie) zur Verfügung zu stellen. Informationen hierzu finden Sie schon jetzt unter: [www.abc19studie.de](http://www.abc19studie.de)