

# Symptom-Checkliste

Haben Sie Fieber (über 38°C)?	Nein	Ja
Haben Sie Schüttelfrost?	Nein	Ja
Haben Sie Husten?	Nein	Ja
Sind Sie kurzatmig? Kommen Sie neuerdings bei Alltagstätigkeiten leicht außer Atem?	Nein	Ja
Fühlen Sie sich neuerdings müde oder abgeschlagen? Müssen Sie sich bereits nach Alltagstätigkeiten ausruhen?	Nein	Ja
Haben Sie Kopf- oder Gliederschmerzen?	Nein	Ja
Haben Sie Schnupfen?	Nein	Ja
Haben Sie (vorübergehenden) Durchfall?	Nein	Ja
Haben Sie einen neu aufgetretenen Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns bemerkt?	Nein	Ja
Haben Sie Halsschmerzen?	Nein	Ja
Leiden Sie unter (vorübergehender) Übelkeit/Erbrechen?	Nein	Ja
Haben Sie eine Bindehautentzündung / gerötete oder juckende Augen?	Nein	Ja
Haben Sie Bauchschmerzen?	Nein	Ja
Stehen Sie unter einer vom Gesundheitsamt verordneten Quarantäne, da Sie Kontakt zu einer Person hatten, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde?	Nein	Ja
Hatten Sie wissentlich direkten Kontakt zu einer Person, die positiv auf das Coronavirus getestet wurde (ca. 15 Minuten face to face)?	Nein	Ja

---

Name, Vorname

---

Datum, Unterschrift