

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome? Ja Nein
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber? Ja Nein
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten? Ja Nein
4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der ein Corona-Verdacht besteht? Ja Nein

Sollten Sie eine der o.g. Fragen mit Ja beantworten, kann der Antigen-Schnelltest nicht durch das geschulte Apothekenpersonal durchgeführt werden.

Für eine Testung wenden Sie sich in diesem Fall an Ihren Hausarzt.

- Hiermit versichere ich, dass ich nicht an Covid19 –typischen Krankheitssymptomen leide und nicht unter Quarantäne gestellt bin und an einem kostenlosen Bürgertest teilnehme.

Unterschrift Patient/-in

Test wurde durchgeführt (Bitte erst nach dem Bürgertest unterschreiben)

Unterschrift Patient/-in