

Arztmeldung Krankheitsverdachtsfall COVID 19

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____

- In welchem Risikogebiet haben Sie sich in den letzten 14 Tagen vor Erkrankungsbeginn aufgehalten?

o Land / Provinz / Stadt _____

o Daten des Aufenthaltes: _____

- Wann war die Rückreise? _____

o Reiseroute? _____

o Mit welchem Verkehrsmittel sind Sie zurückgereist? _____

- Hatten Sie wissentlich Kontakt zu einer mit dem neuartigen Corona Virus infizierten Person (laborbestätigt!)?

o ja / o nein Wenn ja, o Ort / Datum des Kontaktes

o Intensität (wie nah, wie lange) des Kontaktes / Symptomatik der infizierten Person

- Welche Symptome liegen aktuell bei Ihnen vor?

o Fieber seit _____ o Husten seit _____

o Muskelschmerzen seit _____ o Abgeschlagenheit seit _____

o Kopfschmerzen seit _____ o Sonstiges _____ seit _____

- Leben in Ihrem Haushalt

o Kleinkinder (unter 3 Jahren) o Personen älter als 70 Jahre o Schwangere

o Personen unter Chemotherapie oder nach Organtransplantation

o Personen mit chronischen Lungen- oder Herzerkrankungen

Meldender Arzt:

Name _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____